This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

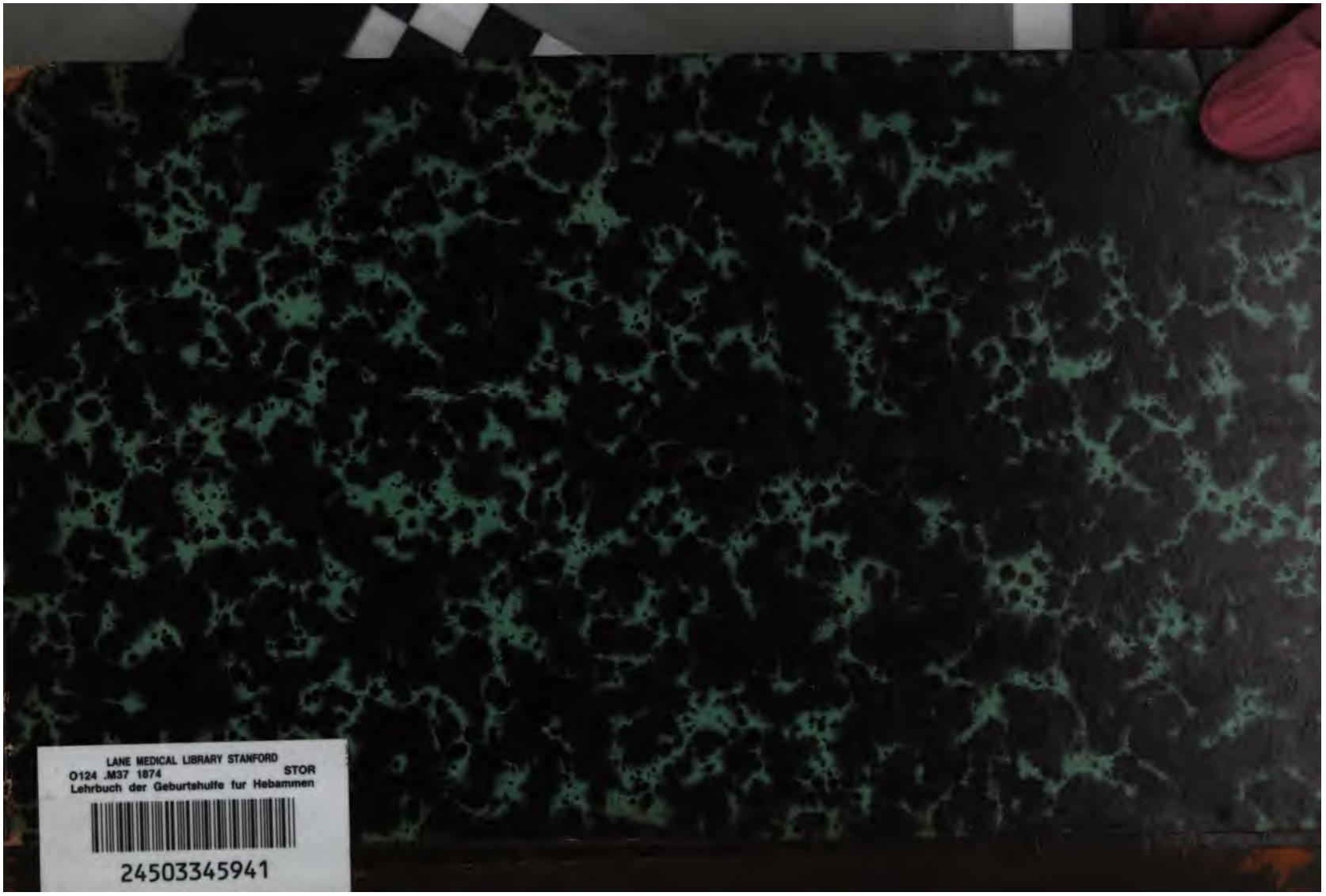
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

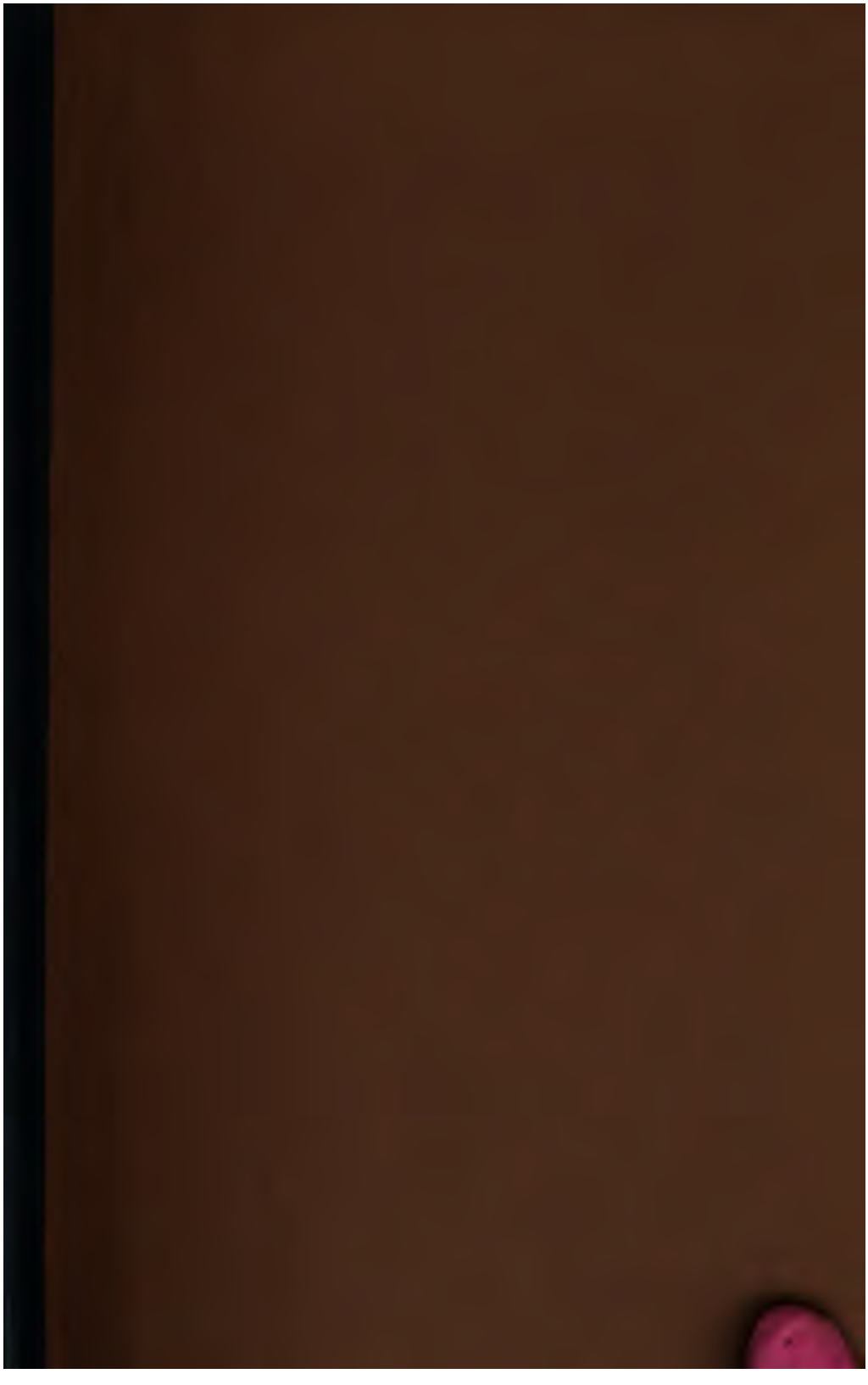
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.


LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
O124 .M37 1874 STOR
Lehrbuch der Geburtshulfe fur Hebammen
24503345941

LANE

MEDICAL LIBRARY

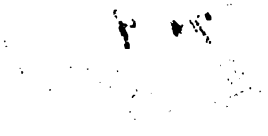
LEVI COOPER LANE FUND



(10

Levi C. Lane M.D.
Berlin, 1876

San Francisco



Lehrbuch

der

Geburtshülfe

für

Hebammen

von

Dr. Eduard Martin,

Geheimer Medicinalrath und ordentlicher öffentlicher Professor der Medicin und Gynäkologie, Director des geburtshülflich-klinischen Instituts der Universität und der gynäkologischen Klinik im Charité-Krankenhause, Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für Medicinal-Angelegenheiten in Berlin, sowie vieler gelehrten Gesellschaften.

Mit 23 Holzschnitten.

Dritte Auflage.

LANE MEDICAL LIBRARY
7839
SAN FRANCISCO

Erlangen,

Verlag von Ferdinand Enke.

1874.

(10

Levi C. Lane M.D.
Berlin, 1876

San Francisco

Lehrbuch

der

Geburtshülfe

für

Hebammen

von

Dr. Eduard Martin,

Geheimer Medicinalrath und ordentlicher öffentlicher Professor der Medicin und Gynäkologie, Director des geburtshülflich-klinischen Instituts der Universität und der gynäkologischen Klinik im Charité-Krankenhause, Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für Medicinal-Angelegenheiten in Berlin, sowie vieler gelehrten Gesellschaften.

Mit 23 Holzschnitten.

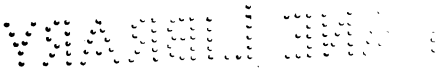
Dritte Auflage.

LANE MEDICAL LIBRARY
7839
SAN FRANCISCO

Erlangen,

Verlag von Ferdinand Enke.

1874.



Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

0124
M37
1874

Für Aerzte und Hebammenlehrer.

Der neuen Auflage dieses Lehrbuches möge ein Wort an die Aerzte und Lehrer vorausgesendet werden zur Verständigung über die Grenzen des Hebammengeschäfts und die Stellung der Aerzte zu demselben. Damit wird zugleich meine Ansicht über den Umfang und die Anordnung der einzelnen Lehren in dem Lehrbuch klar gelegt werden.

Die naturgemäße Grenze der einer Hebamme gestellten Aufgaben hängt sowohl von dem Bedürfniß des Publikums ab, welches sich der Hülfe jener Frauen bedient, als auch von den Fähigkeiten der die Kunst erlernenden und ausübenden Individuen.

Das Bedürfniß des Publikums nach Frauenhülfe erscheint aber verschieden theils nach der größeren oder geringeren Zugänglichkeit ärztlicher Hülfe, theils nach der Leistungsfähigkeit der Hülfsbedürftigen; denn ärztliche Hülfe wird naturgemäß kostspieliger sein als die durch Frauen geleistete. Im Allgemeinen wird für Deutschlands Verhältnisse nicht behauptet werden können, daß die Hebammen allein zu Geburts- und Wochenwärterinnen neben den Aerzten zu erziehen seien. Denn sogar in den größeren Städten sind diejenigen Fälle als Ausnahme zu bezeichnen, in welchem das Geburtsgeschäft von Anfang an bis zu Ende ausschließlich von Aerzten abgewartet wird. Bei der weitaus größeren Zahl von Geburten zumal in den kleineren Städten und auf dem Lande muß die Hebamme den Geburtsact und seine nächsten Folgen selbstständig abwarten. Damit dieß zum Wohle für Mutter und Kind geschehe, bedarf sie nicht allein einer genügenden Kenntniß des physiologischen Herganges und der diätetischen Vorschriften; sie bedarf auch einer Unterweisung über Ursachen und Symptome der pathologischen Zustände, damit sie durch

Vermeidung der ersteren die Gefahren verhüte, und durch Beachtung der letzteren den Eintritt der Gefahr sofort erkenne, um die ärztliche Hülfe rechtzeitig zu suchen. Für dringende Fälle soll sie endlich mit den Mitteln vertraut sein, welche den bedrohlichen Ausgang hinaus zu schieben geeignet sind, ja unter bestimmt begrenzten Umständen muß sie sofort Hülfe leisten können.

Andererseits wird die Grenze des Hebammenberufs und damit des Unterrichts durch die Befähigung der lernenden Individuen gegeben. Einzelne, besonders begabte Frauen, welche eine vollständige medicinische, insbesondere geburtshülfliche Ausbildung sich erworben und den Muth wie die Kraft zur Ausführung sogar der schwierigsten Hülfeleistungen besessen haben, können dabei nicht maßgebend sein. Denn sie sind Ausnahmen; die große Mehrzahl der in den Hebammenunterricht eintretenden Frauen besitzen eine geringe Vorbildung; sie zeigen zwar oft, wie es dem Weibe eigen ist, eine rasche Auffassung der einzelnen Erscheinungen und Befunde, allein nur selten gelingt ihnen die ruhige Uebersicht und Erwägung complicirterer Verhältnisse und die richtige Entscheidung über das in schwierigen Fällen Auszuführende. Daher werden die operativen Eingriffe, bei welchen die Anzeige nicht auf der Hand liegt, sondern wegen der Concurrenz mit anderweiten Verfahren im concreten Fall erst festgestellt werden muß, sowie solche, vor deren Ausführung mannigfaltige Bedingungen zu erwägen sind, im Allgemeinen den Hebammen nicht zu übertragen und deßhalb auch nicht zu lehren sein. Ich rechne dahin vor Allem, neben den Instrumentaloperationen, die Wendung. Abgesehen von der Inconsequenz, welche darin liegt, daß man die Operation in den leichteren Fällen, in welchen bei einfachen Schieflagen das Fruchtwasser noch nicht abgeflossen ist, den Hebammen nicht gestattet, bei gefahrdrohenden Complicationen z. B. Blutungen hingegen überträgt, kommen bei der Wahl der Wendungsart, wie bei der Ausführung im einzelnen Fall so viele Verhältnisse und Regeln in Betracht, daß von der gewöhnlichen Hebamme eine entsprechende Hülfeleistung nicht erwartet werden kann. Gestattet und lehrt man sie aber auch nur für einzelne Fälle, so ist es, wie die Erfahrung bestätigt, bei der Eigenart der Hebammen erklärlich, daß der Versuch einer solchen Operation überall gemacht und damit dem später hinzukommenden Arzt die Ausführung nicht blos erschwert, sondern sogar unmöglich werden kann. Wird hingegen die Hebamme streng angewiesen,

daß sie die fehlerhaften Kindeslagen und andere die Wendung erheischende Zustände frühzeitig erkenne und dann sofort den Arzt hinzurufe, während sie aller weiteren Eingriffe und Reizungen des Muttermundes sich enthält, die Kreissende aber zur ruhigen Lage mit Vermeidung jedes Pressens und Drängens ermahnt, so wird ein Aufschub sogar von vielen Stunden dem Arzt eine glückliche Hülfeleistung gestatten. Jedem beschäftigten Geburtshelfer sind ohne Zweifel wiederholt Fälle zur Beobachtung gekommen, in welchen Frauen fünf und mehr Tage nach Abfluß des Fruchtwassers ihren gewöhnlichen, zum Theil anstrengenden Beschäftigungen z. B. bei der Wäsche nachgegangen sind, ohne daß die dann erst als nothwendig erkannte und ausgeführte Wendung einen üblen Ausgang genommen hätte. Bei Vermeidung aller Reizung der Geburtswege und bei Verhütung alles Pressens und Drängens von Seiten der Kreissenden wird eine Verzögerung der Operation selbst um mehrere Tage jedenfalls minder bedenklich sein als der meist erfolglose sofortige Versuch der Wendung durch die Hebamme. — Für diejenigen Fälle, in welchen Gebärmutterblutungen z. B. bei placenta praevia die Wendung indiciren, gestattet die entsprechend ausgeführte Tamponade, bezw. der Gebrauch des Kolpeurynter einen genügenden Aufschub bis zur Ankunft des Arztes.

Aus den vorstehenden Gründen habe ich die ausführliche Beschreibung der Wendung aus diesem Lehrbuch weggelassen. Der Lehrer mag seinen Schülerinnen die Operation am Phantom zeigen, damit diese den Aerzten bei der Ausführung einen geeigneten Beistand leisten können.

Will man aber die Erfahrung fragen, ob das Nichtunterrichten der Hebammen in Ausführung der Wendung nachtheilige Folgen gehabt hat, so spricht dagegen die Thatsache, daß in Thüringen, wo seit dem ersten Erscheinen des vorliegenden Lehrbuchs (1854), mit welchem das später von B. S. Schultze geschriebene in diesem Punkt harmonirt, diese Operation seit 20 Jahren den Schülerinnen nicht gelehrt worden ist, ungünstige Erfolge für die Praxis nicht bekannt worden sind. —

Wesentlich verschieden stellt sich die Aufgabe da, wo es sich um Lösung der Arme und Herausbeförderung des zuletzt kommenden Kopfes bei Beckenlagen handelt. Hier liegt die Anzeige so klar vor, ist die Nothwendigkeit des Eingriffs im gegebe-

nen Falle so unzweifelhaft und andererseits die Ausführung so einfach, daß diese Hülfeleistung ohne Bedenken den Hebammen übertragen und gelehrt werden kann, wie in dem vorliegenden Lehrbuch geschehen ist.

Dasselbe, was von der Wendung gesagt worden ist, gilt auch von der operativen Lösung und Entfernung der Nachgeburt. Genügt bei Verhaltung der letzteren, wie doch in der großen Mehrzahl der Fälle, die entsprechende Reibung und Herabdrängung mit der den Muttergrund umfassenden Hand (nach vielleicht nothwendiger Entleerung der Harnblase mit dem Katheter) nicht, so soll die Hebamme den Arzt herbeirufen lassen, um den in Folge von Adhäsion verhaltenen Mutterkuchen u. s. w. mit der eingeführten Hand zu lösen. Wer die Mannigfaltigkeit der sich nach Lage des Falls ergebenden Indicationen, die Schwierigkeit der Ausführung und die hohe Bedeutung der vollständigen Entfernung aller, selbst kleiner Partikeln des Mutterkuchens wie der Eihäute aus Erfahrung kennt, der kann diese Operation einer Hebamme nicht übertragen wollen. Die in den letzten zwanzig Jahren vervollkommneten Methoden der Ueberwachung des Nachgeburtsgeschäfts und die dadurch erreichte Seltenheit dringender Zufälle lassen überdieß die Beschleunigung eines operativen Eingriffs ohne Zweifel weniger oft nothwendig erscheinen als ehedem.

Habe ich einerseits für nöthig erachtet, in der angedeuteten Weise den Umfang der Hebammenthätigkeit zu beschränken, weil Alles darüber hinausgehende eine vollständige ärztliche Ausbildung fordern müßte, so bin ich andererseits der Meinung, daß sowohl die oft isolirte Stellung der Hebamme z. B. auf dem Lande, als auch die Unmöglichkeit bei allen minder bedrohlichen Zufällen einen Arzt herbeizurufen, dazu nöthigt den Schülerinnen eine präcise Anleitung zu Rathschlägen und Hülfeleistungen zu geben, welche theils die Gefahren zu verhüten oder hinauszuschieben vermögen, theils bei kleineren Beschwerden Abhülfe derselben zu gewähren im Stande sind. Man wird damit schädlichen Pfuschereien sicherer entgegen wirken als durch einfache Verbote. In dieser Richtung wird jedem Lehrer nach seiner Erfahrung eine gewisse Freiheit zu gestatten sein, wie denn auch jeder beschäftigte Arzt die von ihm empfohlenen Hebammen darauf hin besonders instruiren dürfte. In Deutschland können die Hebammen nicht als bloße Gehülfinnen der Aerzte, als sogen. Wickelfrauen hingestellt werden, wie schon der Ausgang des vor Jahren in der deutschen

Hauptstadt darüber geführten Streites bewiesen hat. Die Mütter und Kinder sind bei Zulassung dieser Wickelfrauen schlechter berathen gewesen als da, wo sie von gehörig und ihren Fähigkeiten entsprechend ausgebildeten Hebammen bedient werden, wenn diese den Arzt hinzurufen, wo und sobald es ihnen im Lehrbuche vorgeschrieben ist.

Nachdem ich in dem Vorstehenden meine Ansicht über den Inhalt und Umfang eines Lehrbuches der Geburtshülfe für Hebammen dargelegt habe, bleibt mir noch übrig Einiges über die hier befolgte Anordnung der einzelnen Lehren zu sagen.

Einer kurzen von dem Lehrer durch Vorzeigung eines Skeletes und naturgetreuer, nicht schematischer Abbildungen oder besser an zweckmäßigen Präparaten zu erläuternden Einleitung betreffend die Anatomie und Physiologie des weiblichen Körpers, so weit sie für die Kenntniß der im Bereiche der Hebammenthätigkeit vorkommenden Lebenserscheinungen wichtig sind, muß eine spezielle Beschreibung des Beckens und der Geschlechtstheile folgen. Hierauf gelangt der Unterricht zu der Hauptaufgabe: die Beschreibung der Geschlechtsvorgänge, insbesondere der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes, welche Vorgänge zunächst in ihrem physiologischen Verlauf nebst der diätetischen Pflege geschildert werden müssen. Dann folgt die Pathologie und Prophylactik der gesundheitwidrigen Abweichungen.

Die Unterscheidung des physiologischen, gesundheitgemäßen Hergangs von den pathologischen, fehlerhaften erscheint mir nicht blos für den Unterricht, sondern auch für die Praxis viel bedeutsamer als die Eintheilung nach dem häufigeren oder minder häufigen also regelmäßigen und regelwidrigen Vorkommen. Die letztere Eintheilung, so einfach und naheliegend sie ist, hat für die Praxis keine Bedeutung. Ob ein Hergang mehr oder weniger häufig Statt findet, ist für die Statistik von gewissen Interesse, für den practischen Arzt wie für die Hebamme erscheint es viel bedeutsamer zu wissen, ob derselbe zu denjenigen gehört, welcher ohne Nachtheil für die Betheiligten Statt finden könne, oder ob nicht. Die Vermengung der Begriffe regelwidrig und „der Kunsthülfe an und für sich bedürftig", liegt so nahe, ist so häufig vorgekommen, daß man die Bedenken gegen diese Eintheilung nicht unterschätzen sollte.

Um nur einige Beispiele anzuführen, so hat das Zusammenstellen der Gesichtslagen mit den Schief- und Querlagen

der Frucht, wie ich aus einer vieljährigen consultativen Thätigkeit mit zahlreichen Beispielen belegen kann, den unglücklichen Ausgang der ersteren nicht selten veranlaßt. Hebammen wie Aerzte glaubten, daß bei einer Geburt mit vorliegendem Gesicht ebenso wie bei Querlagen an sich Kunsthülfe geboten sei und übersahen, daß bei jenen nicht die regelwidrige Haltung als solche, sondern, abgesehen von anderen Complicationen, allein die als ihr gleichzeitiges Causalmoment verhältnißmäßig häufige Beckenenge (geradverengte Becken) oder der Gestaltfehler der Gebärmutterhöhle (Strictur des unteren Gebärmutterabschnitts) u. s. w. da, wo dieselben hinderlich werden, die Kunsthülfe verlangen. Hätte man bei einer zögernden Gesichtsgeburt, an Statt ohne Weiteres zur Zange zu greifen, entweder die der Verzögerung zu Grunde liegende Strictur sachgemäß beseitigt oder bei entsprechend verengtem Beckeneingang durch die Wendung auf den Fuß rechtzeitig den dicken Hinterkopf in die weitere Beckenhälfte übergeleitet, so würde in vielen Fällen Mutter und Kind gerettet worden sein. Die auf die Gesichtslage als solche begründeten voreiligen Extractionsversuche mit der Zange gefährden oft beide oder doch eines von Beiden.

Aehnlich verhält es sich mit dem Anreihen der ohne Zweifel regelwidrigen, weil seltneren, Beckenendlagen an die fehlerhaften Kindeslagen. Die naheliegende Meinung, daß in beiden Fällen die Geburt allein operativ glücklich beendigt werden könne, verleitet den Arzt wie die Hebamme nur allzuoft zu einem voreiligen Herauszerren der Frucht aus den mütterlichen Geburtswegen, wodurch das für Mutter und Kind bedenkliche Emporweichen der Arme und des Kinns von der Brust veranlaßt wird. Bei sorgfältiger Ueberwachung der Herztöne und steter Unterstützung der Zusammenziehung des Mutterkörpers und Grundes durch die auf die Bauchdecken aufdrückenden Hände eines Gehülfen würde das ruhige Abwarten des Heraustretens der Frucht vor der nicht blos mühsamen Lösung der Arme und vor der häufiger, als man glaubt, vorkommenden Zerreißung der Halsmuskeln, ja der Halswirbel in Folge der üblichen Extraction am Rumpf oder den Schultern bewahrt haben. Die Beckenendelagen an sich fordern keine operative Kunsthülfe, sondern die hier allerdings nicht seltenen Verzögerungen des Austritts der oberen Körperhälfte durch Wehenfehler, oder durch räumliches Mißverhältniß, wie enges Becken, oder andere Complikationen, z. B. Vorfall der Nabelschnur u. s. w.

Gleiches gilt von den mehrfachen Geburten, welche zwar auch zu den selteneren daher regelwidrigen Vorkommnissen, aber keineswegs zu den fehlerhaften, der Kunsthülfe ohne Weiteres bedürftigen zu zählen sind. Noch viel bestimmter muß ich dieß von den sogen. dritten und vierten Schädellagen behaupten, welche, wie jeder unbefangene Beobachter weiß, gewöhnlich ohne Zuthun der Kunst oder doch bei leichter diätetischer Hülfe (entsprechende Lagerung auf derjenigen Seite, wo das Hinterhaupt liegt) in die regelmäßige zweite bezw. erste übergehen.

Unter diesen Umständen konnte ich die Eintheilung nach der Häufigkeit des Vorkommens für den Unterricht nicht geeignet erachten, sondern mußte nach dem Vorgange eines der Begründer der neueren deutschen Geburtshülfe Franz Carl Nägele die logische und zugleich dem practischen Zwecke entsprechende Eintheilung der tokologischen Vorgänge in gesundheitgemäße und fehlerhafte oder gesundheitwidrige beibehalten. Systematische Eintheilungen erhalten ihren Werth durch die mehr oder weniger vollständige Erfüllung ihrer Aufgabe. Diese besteht bei Beschreibung der pathologischen Abweichungen eines Lebensvorganges für den Unterricht der Hebamme in der größtmöglichen Durchsichtigkeit des Hülfebedürfnisses und der entsprechenden Hülfeleistung.

Eine andere hier zu besprechende Eigenthümlichkeit des vorliegenden Lehrbuches erblicke ich in der Abhandlung der in Rede stehenden pathologischen Vorgänge nach den hervorragendsten Symptomen z. B. der Molen- und Extrauterinschwangerschaft bei den Blutungen, der Zurückbeugung der Gebärmutter bei der Harnverhaltung Schwangerer, der Zerreißung der Gebärmutter bei dem plötzlichen Aufhören der vorher stürmischen Druckwehen und bei den Blutabgängen während der zweiten Geburtsperiode u. s. w. Abgesehen davon, daß eine derartig geordnete Darstellung auch für den Arzt ihre Berechtigung und Bedeutung hat, erscheint sie für den Hebammenunterricht von ganz besonderem Werth; denn Frauen werden stets zunächst Symptome, nicht selten mit großer Schärfe, erfassen, und dann erst die verschiedene Veranlassung derselben aufsuchen. Abgesonderte Kapitel über Molenschwangerschaft, über Extrauterinschwangerschaft u. s. w. belästigen das Gedächtniß der Schülerinnen, ohne für sie verwerthbar zu sein.

Gewisse Modificationen der Reihenfolge des Vorgetrage-

nen sind von untergeordneter Bedeutung. So habe ich die Lehre von der Untersuchung unmittelbar nach der Beschreibung der Geschlechtstheile mit kurzer Uebersicht über deren Funktion folgen lassen, damit der Lehrer veranlaßt werde, die für die Hebamme so wichtigen Untersuchungsübungen bei dem Unterricht möglichst bald zu beginnen, indem ich voraussetze, daß auch Nichtschwangere, Nichtwöchnerinnen zur Verfügung stehen. Die geburtshülfliche Exploration kann meines Erachtens von Hebammenschülerinnen nicht zu häufig geübt werden; sie bietet, wenn unter Aufsicht des Lehrers vorgenommen, diesem gleichzeitig den Anlaß weitere Belehrung anzureihen oder das so eben Gelehrte zu wiederholen.

Die übliche Eintheilung der Schief- und Querlagen der Frucht zunächst je nachdem der Kopf in der linken oder rechten Seite liegt, mit der Unterabtheilung je nach der Richtung des Rückens nach vorn oder hinten ist nicht um des Herkömmlichen willen beibehalten, sondern weil es für die Therapie wichtiger erscheint zu wissen, ob der Kopf links oder rechts liegt, dieses Verhalten auch hinsichtlich der Exploration den Hebammen zugängiger ist als die Unterscheidung ob der Rücken vorn oder hinten liegt.

Die verhältnißmäßig ausführliche Beschreibung der engen Becken mit typischen Abbildungen möchte ich durch die Ueberzeugung begründen, daß die fehlerhafte Gestalt des Beckenkanals für das Verständniß des Geburtshergangs im gegebenen Fall nicht von geringerer Bedeutung ist, als die Verkürzung eines einzelnen Durchmessers. Die Kenntniß von der verschiedenen Gestalt der engen Becken gestattet dem Lehrer, tüchtigen Schülerinnen die Abweichungen von dem regelmäßigen Geburtsmechanismus deutlich zu machen, welche letztere alsdann überaus wichtige, auch einer Hebamme zugängige Zeichen des engen Beckens darbieten können.

Zum Schlusse mag hier noch erwähnt sein, daß das mit den früheren Ausgaben dieses Lehrbuchs ausgegebene Fragebuch, welches zur Förderung des Unterrichts in solchen Anstalten bestimmt war, in denen geeignete Repetenten fehlten, bei dem jetzt wohl überall beseitigten Mangel eines solchen unterdrückt worden ist.

Berlin, den 22. April 1874.

Dr. Eduard Martin.

Wie die Hebamme dieses Buch gebrauchen soll.

Die Hebamme findet in diesem Buche, welches die Frucht einer vieljährigen Beobachtung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen und deren Pflege durch Hebammen, sowie oft wiederholter Lehrkurse für Hebammen ist, kurz und bündig das, was ihr zur glücklichen Ausübung ihrer Kunst zu wissen noth thut.

Sie suche daher vor Allem dasselbe vollkommen und richtig zu verstehen, was die mündliche Unterweisung ihres Lehrers erleichtern wird, wenn sie derselben aufmerksam folgt.

Das, was ihr in den Lehrstunden vorgetragen ist, mag sie durch fleißiges Nachlesen in dem Buche sich oft vergegenwärtigen, bis dasselbe ihrem Gedächtniß fest eingeprägt bleibt, damit der mündliche Unterricht einen dauernden Erfolg habe.

Aber auch dann, wenn sie aus dem Lehrcursus entlassen und in den ihr bestimmten, oder von ihr gewählten Wirkungskreis eingetreten ist, mag die Hebamme häufig in dem Buch lesen, und mit dem darin Enthaltenen das, was sie beobachtet und erlebt, sorgfältig vergleichen. Auf diese Weise wird ihr das Erlernte immer treu in der Erinnerung bleiben, und Manches, bis dahin nicht vollständig Erfaßte geläufig und klar werden, wie es zur glücklichen Ausübung ihrer Kunst nöthig ist.

Endlich mag sie das Buch auch zu den einzelnen Geburten mit sich nehmen, um dann, wenn ihr etwas Ungewöhnliches aufstößt, sogleich darin nachzuschlagen, auf daß sie alle Vorkommnisse richtig beurtheile, und nach der Vorschrift zu behandeln vermöge. Die bedenklichen Zufälle sind nicht häufig, stellen sich aber bisweilen plötzlich und unvorhergesehen ein; da ist es gut, wenn man den Rathgeber sofort zur Hand hat, und sich über das, was dabei zu thun ist, belehren lassen kann.

Vollführt die Hebamme gewissenhaft das, was ihr gelehrt und in dem Lehrbuche vorgeschrieben ist, so darf sie ruhig den Ausgang erwarten.

Inhalt.

Seite

Einleitung.

1. Von der Aufgabe und der Bedeutung des Hebammengeschäftes . . 1
2. Von den erforderlichen Eigenschaften einer Hebamme 2
3. Von der Erlernung der Hebammenkunst 4

Erster Theil.

Vom weiblichen Körper im Allgemeinen und den Geschlechtstheilen insbesondere, sowie von der Art, wie man deren Beschaffenheit untersucht.

Erstes Kapitel.

Vom weiblichen Körper im Allgemeinen 5

Zweites Kapitel.

Von dem weiblichen Becken 9
Kennzeichen eins gut gebauten Beckens 17

Drittes Kapitel.

Von den weiblichen Geschlechtstheilen 18

Viertes Kapitel.

Von den Verrichtungen der weiblichen Geschlechtstheile, insbesondere von der monatlichen Reinigung 26

Fünftes Kapitel.

Kennzeichen zur Unterscheidung der weiblichen Geschlechtstheile bei solchen, welche noch nicht geboren haben, von solchen, welche geboren haben . 28

Sechstes Kapitel.

Von der geburtshülflichen Untersuchung 29

Zweiter Theil.

Von der gesundheitgemäßen Schwangerschaft, Geburt und Säugung, sowie von den Aufgaben der Hebamme bei diesen Vorgängen.

I. Abschnitt.

Von der gesundheitgemäßen Schwangerschaft und von dem, was die Hebamme dabei zu rathen und zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von der Schwangerschaft im Allgemeinen, deren Begriff, Eintheilung und Dauer 34

Zweites Kapitel.

Von den Veränderungen, welche während der Schwangerschaft im mütterlichen Körper vor sich gehen 36

Drittes Kapitel.

Von dem menschlichen Ei 44
Von der mehrfachen oder Zwillings- und Drillingsschwangerschaft . . . 53

Viertes Kapitel.

Von den Kennzeichen der Schwangerschaft 54
Von den Kennzeichen der mehrfachen Schwangerschaft 58

Fünftes Kapitel.

Von der Zeitrechnung der Schwangerschaft 59
Schwangerschaftskalender 61

Sechstes Kapitel.

Von dem, was die Hebamme gesunden Schwangeren zu rathen und zu leisten hat 65

II. Abschnitt.

Von der gesundheitgemäßen Geburt und von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von dem Begriff, der Eintheilung und den Bedingungen der Geburt . . 69

Zweites Kapitel.

Von den Geburtswehen im Allgemeinen 70

Seite

Drittes Kapitel.

Von dem Geburtsverlauf und den Geburtszeiträumen 72

Viertes Kapitel.

Von der Art, wie das Kind durch das Becken hindurch getrieben wird, dem Geburtsmechanismus 78
I. Von der Geburt bei vorliegendem Schädel 79
Erste Schädellage 79
Zweite Schädellage 80
Abweichungen von der Regel bei den Geburten mit vorliegendem Schädel (dritte und vierte Schädellage) 81
II. Von der Geburt mit vorliegendem Gesicht 82
Erste Gesichtslage 82
Zweite Gesichtslage 83
III. Von der Geburt mit vorliegendem Steiß und Füßen 84
Erste Steiß- und Fußlage 85
Zweite Steiß- und Fußlage 86
Unvollkommene Fußlage 87
IV. Von den Knielagen 87

Fünftes Kapitel.

Von der mehrfachen, oder Zwillings- und Drillingsgeburt 88

Sechstes Kapitel.

Zeichenlehre der Geburt
A. Kennzeichen der begonnenen Geburt 90
B. Kennzeichen wahrer und regelmäßiger Geburtswehen 90
C. Zeichen einer gesundheitgemäßen Kindeslage 91,
D. Kennzeichen des Lebens der Frucht im Mutterleibe während der Geburt 91

Siebentes Kapitel.

Von dem, was eine Hebamme bei einer gesundheitgemäßen Geburt zu thun hat 91
Einige besondere Regeln für ungewöhnliche Fälle:
1. Von der Behandlung der Geburten bei ungewöhnlicher Kopfstellung 105
2. Von der Behandlung der Gesichtsgeburten 106
3. Von der Behandlung der Geburten bei vorliegendem Beckenende 106
4. Von der Behandlung mehrfacher Geburten 109

Seite

III. Abschnitt.

Von dem gesundheitgemäßen Wochenbett und der Säugung, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von den Veränderungen am mütterlichen Körper während des Wochenbettes und der Säugung 111

Zweites Kapitel.

Von den Entwickelungen des Neugebprenen und Säuglings 115

Drittes Kapitel.

Zeichenlehre des Wochenbettes und des Zustandes eines Neugeborenen . . 117

Viertes Kapitel.

Von dem, was die Hebamme bei einer gesunden Wöchnerin und Säugenden, sowie bei einem gesunden Neugeborenen und Säugling zu rathen und zu thun hat.

A. Von dem Verhalten und der Pflege der Wöchnerin und Säugenden 119

B. Von der Pflege des Neugeborenen und Säuglings 126

Dritter Theil.

Von den Störungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes und von dem Verhalten der Hebamme dabei.

I. Abschnitt.

Von den Störungen der Schwangerschaft und den Krankheiten Schwangerer, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von den Blutflüssen bei Schwangeren im Allgemeinen und aus den Geschlechtstheilen insbesondere, ... 133

A. Von den Gebärmutterblutungen in den ersten sieben Monaten der Schwangerschaft oder von der Fehl- und unzeitigen Geburt, von der Molenschwangerschaft und von der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle 135

B. Von den Gebärmutterblutungen in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder von der vorzeitigen Abtrennung des Mutterkuchens bei gewöhnlichem Sitz, und von dem Vorliegen des Mutterkuchens 142

Seite

Zweites Kapitel.

Von den Schleim- und Wasserabgängen aus den Geburtstheilen Schwangerer und von der Frühgeburt 146

Drittes Kapitel.

Von den wässerigen Anschwellungen der Füße und der äußeren Geburtstheilen bei Schwangeren 149

Viertes Kapitel.

Von den Blutaderknoten an den Beinen und Geschlechtstheilen der Schwangeren 150

Fünftes Kapitel.

Von dem Scheiden- und Gebärmuttervorfall bei Schwangeren 151

Sechstes Kapitel.

Von dem Hängebauch und von den Brüchen bei Schwangeren 153

Siebentes Kapitel.

Von den Beschwerden beim Harnlassen Schwangerer, insbesondere von der Rückwärtsneigung und Beugung der schwangeren Gebärmutter . . . 156

Achtes Kapitel.

Von der Stuhlverstopfung und von dem Durchfall der Schwangeren . . 159

Neuntes Kapitel.

Von dem Eckel und Erbrechen der Schwangeren 161

Zehntes Kapitel.

Von den Ohnmachten und dem Scheintode Schwangerer, sowie von dem Absterben der Frucht im Mutterleibe 162

II. Abschnitt.

Von den Störungen der Geburt und den Krankheiten der Gebärenden, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

1. Klasse.

Die erschwerten und verzögerten oder durch die Naturkräfte unvollendbaren Geburten 165

Erstes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der Wehen . 167

1. Von den zu schwachen Wehen 168
2. Von den krampfhaften Wehen 171

Seite

Zweites Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der weichen Geburtswege 175
Hängebauch, seitliche Schieflage und Schiefheit der Gebärmutter, mangelhafte Erweiterung des Muttermundes 176
Geschwülste in der Wand der Gebärmutter, Verengerungen des Scheidenkanals, Vorfall der Scheide 179
Anhäufung von Urin in der Harnblase, Anschwellung der äußeren Schamtheile 182

Drittes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit des Beckens 183
A. Allgemein oder durchweg zu enges Becken 183
B. Theilweise verengtes Becken, 1) geradverengtes Becken 184
2) querverengtes Becken 187
3) schräg verengtes Becken 189
5) durch Knochenauswüchse verengtes Becken 190

Viertes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Größe und Gestalt des Kindes 196
Wasserkopf, Monstrositäten 197

Fünftes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Lage des Kindes 200

Sechstes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Haltung der Frucht . . . 205

Siebentes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Stellung des vorliegenden Kindestheils 207

Achtes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der Eihäute und des Fruchtwassers 210

2. Klasse.

Die fehlerhaften Geburten ohne Erschwerung ihres Herganges.

Erstes Kapitel.

Von den fehlerhaften Geburten wegen Vorfall der Nabelschnur 214

Zweites Kapitel.

Von den fehlerhaften Geburten wegen Umschlingung, Kürze und Zerreißung der Nabelschnur 217

Seite

Drittes Kapitel.

Von den übereilten Geburten 220

Viertes Kapitel.

Von den Zuckungen der Gebärenden 222

Fünftes Kapitel.

Von den Ohnmachten der Gebärenden 225

Sechstes Kapitel.

Von der Schwerathmigkeit der Gebärenden 227

Siebentes Kapitel.

Von dem Erbrechen der Gebärenden 227

Achtes Kapitel.

Von den Blutflüssen während und bald nach der Geburt 228

Neuntes Kapitel.

Von der Verhaltung der Nachgeburt 236

Zehntes Kapitel.

Von der Umstülpung der Gebärmutter 241

Elftes Kapitel.

Von dem plötzlichen Tode einer Kreissenden und dem Absterben der Frucht während der Geburt 242

III. Abschnitt.

Von den Krankheiten der Wöchnerinnen und Säugenden.

1. Von den Wöchnerinnenfiebern 244
2. Von dem Irrereden und den Geisteskrankheiten der Wöchnerinnen 247
3. Von den Zuckungen der Wöchnerinnen 248
4. Von den Blutungen aus den Geschlechtstheilen bei Wöchnerinnen 248
5. Von den Schleimflüssen und von dem Scheiden- und Gebärmuttervorfall bei Wöchnerinnen 251
6. Von den Anschwellungen der äußeren Geschlechtstheile und von den entzündeten Hämorrhoidalknoten am After 252
7. Von dem Damm- oder Mittelfleischriß 253
8. Von den Harnbeschwerden der Wöchnerinnen 254
9. Von dem Wundsein und den Schrunden der Brustwarzen . . 255
10. Von der Entzündung und Vereiterung der Brustdrüsen . . . 255

Seite

IV. Abschnitt.

Von einigen krankhaften Zuständen der Neugeborenen.

1. Von dem Scheintod der Neugeborenen 256
2. Von der Kopfblutgeschwulst der Neugeborenen 259
3. Von den Nabelblutungen und der Nabelfäulniß 259
4. Von der Entzündung und Vereiterung des Nabels und von dem Nabelschwamm 260
5. Von dem Rothlauf der Neugeborenen 260
6. Von den Zuckungen und dem Starrkrampf der Neugeborenen und Säuglinge 261
7. Von der Augenentzündung der Neugeborenen 262
8. Von der Entzündung der Brüste der Neugeborenen 263
9. Von den Hautausschlägen und dem Wundsein der Neugeborenen und Säuglinge 263
10. Von dem Soor oder dem Mehlmund der Kinder 264
11. Von dem Erbrechen und dem Durchfall der kleinen Kinder . . . 265
12. Von den angeborenen Fehlern der Kinder 266

Vierter Theil.

Von einigen der Hebamme zukommenden besonderen Hülfeleistungen bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und bei Kranken, sowie von ihren Pflichten gegenüber den Aerzten und Behörden.

I. Abschnitt.

Von einigen besonderen Hülfeleistungen der Hebammen.

1. Vom Klystiergeben 268
2. Von den Einspritzungen in die Mutterscheide 270
3. Von dem Ablassen des Urins 272
4. Vom Ansetzen der Blutegel 273
5. Von den warmen, kalten und temperirten Umschlägen 275
6. Von den Meerrettig-, Senf- und Blasenpflastern 276
7. Von der Bereitung der Theeaufgüsse und anderer Abkochungen sowie der Mandelmilch 276

II. Abschnitt.

Von den Pflichten der Hebamme den Behörden und den Aerzten gegenüber 277

Register 279

Einleitung.

1. Von der Aufgabe und der Bedeutung des Hebammengeschäfts.

§. 1.

Die Aufgabe der Thätigkeit einer Hebamme als solcher, ist eine doppelte. Sie besteht

Erstens in dem Beistand, welchen sie der Mutter und dem Kinde bei dem gesundheitgemäßen Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und Säugung durch Rath und That zu leisten hat; gesundheitgemäß ist aber der Verlauf dieser Lebensvorgänge dann, wenn weder das Leben noch die Gesundheit der Mutter oder ihres Kindes dabei bedroht wird.

Zweitens soll die Hebamme alle bei den genannten Vorgängen etwa auftretende für die Mutter oder das Kind Gefahr drohende Zufälle möglichst frühzeitig erkennen und die sofortige Herbeirufung eines Arztes veranlassen. Bis zu dessen Ankunft hat sie jenen drohenden Störungen in entsprechender Weise entgegenzutreten, so wie endlich die von dem Arzt angeordneten Hülfeleistungen pünktlich und geschickt auszuführen.

§. 2.

Die Wichtigkeit dieses Geschäftes für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens eines, ja nicht selten mehrerer Menschen leuchtet bei Erwägung der mannigfaltigen Gefahren, welche die gedachten Zustände begleiten können, von selbst ein. Eine tüchtige gewissenhafte Hebamme wird daher oft das beglückende Bewußtsein haben, das Wohl ganzer Familien beschützt, Unglück verhütet, sowie durch rechtzeitige

Erkenntniß drohender Gefahr und durch ungesäumte Herbeirufung ärztlicher Hülfe zur Rettung von Mutter und Kind wesentlich beigetragen zu haben. Denn die Zustände einer Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin sind so eigenthümlicher Art, daß dieselben, wenn man sie auch keineswegs als krankhaft bezeichnen kann, doch sehr leicht bei unpassendem Verhalten in wirkliche Krankheiten übergehen, welche dann oft plötzlich sehr dringende Lebensgefahr mit sich führen. Aus diesem Grunde erscheint es gerade bei diesen an sich gesundheitgemäßen Lebensvorgängen nothwendig, daß die Frauen von Sachkundigen berathen und abgewartet werden.

Je nützlicher daher eine tüchtige Hebamme für ihre Mitmenschen werden kann, um so größeres Unglück wird umgekehrt eine untaugliche, gewissenlose Hebamme veranlassen. Die Verantwortlichkeit, welche eine Hebamme übernimmt, ist keine geringe; denn die Folgen von Unwissenheit und Versäumniß können nicht allein den Tod, sondern auch lebenslange Leiden der Mütter wie der Kinder nach sich ziehen.

Deßhalb prüfe eine Jede, welche sich zur Hebamme bestimmt, ob sie zur Uebernahme der mannigfaltigen Pflichten einer solchen geeignet sei oder nicht. Vor Allem prüfe sie sich, ob sie bereit ist, mit Hintansetzung eigener Bequemlichkeit und eigenen Lebensgenusses für das Wohl Anderer thätig zu sein, und in Leidensstunden bei ihnen auszuharren.

2. Von den erforderlichen Eigenschaften einer Hebamme.

§. 3.

Bei den vielfachen Mühen und Beschwerden, welche das Hebammengeschäft mit sich führt, ist es vor Allem nöthig, daß die Hebamme einer festen, dauerhaften Gesundheit und eines kräftigen, wohlgebauten Körpers sich erfreue. Buckelige, mit Schäden und anderen körperlichen Gebrechen behaftete Frauen können das Hebammengeschäft ebenso wenig genügend versehen, als Frauen, die an der Gicht, an der Schwindsucht, an Herzfehlern u. s. w. leiden. Aus dem gleichen Grunde und weil dadurch auch die Pflegebefohlenen zu Schaden kommen können, dürfen Hebammen weder mit der Fallsucht noch mit ansteckenden Krankheiten behaftet sein. Sollte eine bereits angestellte Hebamme von einer der genannten Krankheiten, insbesondere aber von der Krätze oder der venerischen Krankheit befallen werden, so hat die-

selbe sich der Ausübung ihres Geschäftes so lange zu enthalten, bis sie wieder völlig hergestellt ist. Da schwangere Hebammen in Folge ihres Geschäftes nicht selten erkranken, ist denselben zu rathen, zumal in den späteren Monaten dieses Zustandes durch Andere sich vertreten zu lassen.

Die Hebammenkunst fordert aber ganz vorzüglich eine gesunde Beschaffenheit der Hände und Finger; deßhalb hat eine Hebamme dafür zu sorgen, daß ihre Hände frei von Schwielen, Warzen und andern Fehlern, z. B. Verletzungen bleiben. Harte Arbeiten, welche dergleichen hervorbringen, soll die Hebamme nicht verrichten. Sie muß die Hände weich und stets rein erhalten und aus diesem Grunde dieselben recht oft mit Seifenwasser waschen. Mit besonderer Sorgfalt ist die Reinigung der Hände wie der Kleider u. s. w. dann vorzunehmen, wenn die Hebamme kranke, etwa mit Eiterungen behaftete Kreisende und Wöchnerinnen zu bedienen hat.

§. 4.

Neben diesen körperlichen Eigenschaften bedarf die Hebamme eines guten Gedächtnisses, um die erlernten Regeln der Kunst jederzeit gegenwärtig zu haben, und eines gesunden natürlichen Verstandes, um die ihr gegebenen Vorschriften entsprechend anwenden zu können. — Unerläßlich ist es ferner, daß eine Hebamme fertig lesen und schreiben könne, damit sie das Erlernte aus ihrem Lehrbuche zu jeder Zeit sich zu vergegenwärtigen und das Erlebte in ihr Tagebuch oder in die zu führenden Tabellen einzutragen vermöge.

§. 5.

Trotz des Besitzes aller genannten Eigenschaften wird eine Hebamme doch nur dann ihrem Beruf genügend und mit Erfolg nachkommen, wenn sie von Liebe zu diesem Geschäfte durchdrungen ist, und nicht blos um der Belohnung willen die Kunst ausübt. Diese Liebe zum Hebammengeschäft steht aber in innigem Zusammenhang mit der Liebe zu den Nebenmenschen; sie macht mitleidig, geduldig, und sanftmüthig, wie es einer braven Hebamme ziemt.

Andererseits erfordern die mannigfaltigen Gefahren, welche die Geburt bisweilen begleiten, Muth und Besonnenheit, damit die Hebamme jederzeit das Entsprechende anordne und anwende.

Verschwiegenheit, Verträglichkeit und Friedfertigkeit werden ferner von einer Hebamme ebenso bestimmt verlangt, als Ehrlichkeit, Nüchternheit und Bescheidenheit; die letztere auch insbesondere gegenüber den Aerzten, welche sie als ihre Vorgesetzten zu betrachten hat.

Ebenso wie Reinlichkeit an ihrem Körper und in ihrer Kleidung von einer Hebamme gefordert werden muß, hat sie endlich auch die Reinheit und Keuschheit ihrer Sitten und Gewohnheiten bei allen Versuchungen, die sich ihr bieten sollten, streng zu bewahren.

Ueber allen diesen Eigenschaften steht aber die Frömmigkeit und Gottesfurcht, welche eine Hebamme in allen schweren Lagen, in welche sie gerathen kann, aufrecht erhalten und ihr selbst dann Trost gewähren wird, wenn sie unglückliche Ausgänge ihrer Bemühungen und Undank zu erleben hat, vorausgesetzt, daß sie überall mit Gewissenhaftigkeit ihrer Pflicht nachgekommen ist.

3. Von der Erlernung der Hebammenkunst.

§. 6.

Bei der hohen Bedeutung, welche eine gründliche Erlernung der Hebammenkunst und ein stetes Gegenwärtighalten der einzelnen Lehren derselben für das Leben und die Gesundheit der Pflegbefohlenen hat, bedarf die Hebamme ebensowohl eines sorgfältigen Unterrichts, als auch eines nach beendigter Lernzeit fortgesetzten fleißigen, eifrigen Bemühens, um all die mannigfaltigen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erlangen und zu bewahren, welche eine glückliche Ausübung der Kunst bedingen.

Der Hebammenunterricht besteht aber theils in den mündlichen Lehrvorträgen des Lehrers, zu deren Erinnerung und Einprägung die täglichen Wiederholungen (Repetitionen) und das fleißige Nachlesen im Lehrbuche dienen, theils in der Anweisung und Uebung am Phantom zur Erlangung der nöthigen Fertigkeiten, theils in der Beobachtung und Verpflegung Schwangerer, Gebärender, Wöchnerinnen und Säuglinge in der Gebäranstalt unter Aufsicht des Lehrers. — Aber auch nach vollendetem Lehrcursus muß die Hebamme durch fleißiges Beobachten der ihr vorkommenden Fälle, welche sie sofort der Wahrheit getreu in ihr Tagebuch einzutragen hat, durch Nachdenken über das Beobachtete und Nachlesen der betreffenden Sätze im Lehrbuche,

endlich durch eifrige Benutzung der sich darbietenden Gelegenheit, mit sachkundigen Aerzten über das Erlebte zu sprechen und sich über etwaige Zweifel aufzuklären, das Erlernte festzuhalten und zu erweitern suchen.

§. 7.

Die einer Hebamme nöthigen Kenntnisse, welche sie in der Lernzeit sich anzueignen hat, betreffen

1) den weiblichen Körper im Allgemeinen und die Geschlechtstheile insbesondere;
2) den gesundheitsgemäßen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und der Säugung nebst dem, was die Hebamme dabei zu thun hat;
3) die Störungen und Abweichungen der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes und die dabei sich ergebenden Obliegenheiten der Hebamme.

Erster Theil.

Vom weiblichen Körper im Allgemeinen und den Geschlechtstheilen insbesondere, so wie von der Art, wie man deren Beschaffenheit untersucht.

Erstes Kapitel.

Vom weiblichen Körper im Allgemeinen.

§. 8.

Der menschliche Körper besteht aus harten, weichen und flüssigen Theilen. Die harten Theile oder die Knochen, zusammen das Gerippe oder Skelett genannt, bestimmen die Gestalt des Körpers, geben den weichen Theilen die Anheftepunkte und schützen viele der letzteren gegen Druck und Verletzungen, indem sie Höhlen bilden, in welchen die für das Leben vorzüglich wichtigen Gebilde verborgen sind.

Nach der äußeren Gestalt theilt man den Körper in Kopf, Rumpf und Glieder. Am Kopf unterscheidet man den Schädel, welcher das Gehirn einschließt, und das Gesicht. Im Rumpfe läuft hinten die Wirbelsäule herab, welche als eine aus knöchernen Ringen bestehende Röhre das mit dem Gehirn zusammenhängende Rückenmark einschließt. Von den Wirbeln gehören sieben dem Hals, zwölf dem Brustkorb, und fünf der Lenden- oder Bauchgegend an. Die Brustwirbel tragen auf der rechten und linken Seite je zwölf Rippen, welche an ihrem vorderen Ende durch Knorpel mit dem Brustbein zusammenhängen und so die Brusthöhle bilden, in welcher die Lungen und das Herz nebst den großen Adern und einem

Theile der Speiseröhre liegen. An der Außenfläche der oberen Rippen jeder Seite befindet sich das Schlüsselbein und das Schulterblatt, an welchem der Oberarm eingelenkt ist. Mit dem Oberarm ist in der Ellbeuge der Vorderarm und mit diesem die Hand durch Gelenke verbunden.

Wie vor den Halswirbeln die Speise- und Luftröhre herablaufen, so liegen vor den Lendenwirbeln in der Bauchhöhle, welche durch das Zwerchfell von der Brusthöhle geschieden ist, die Nieren, die Leber mit der Gallenblase, die Bauchspeicheldrüse, die Milz, ferner der Magen und die Därme mit dem Netz.

Der letzte Lendenwirbel ruht auf dem Kreuzbein, mit dessen unterem Ende das Steißbein, und seitlich die beiden Seitenbeine durch unbewegliche Gelenke vereinigt sind, und das Becken bilden.

In der Gelenkpfanne jedes Seitenbeins ruht der Gelenkkopf des Oberschenkels; dieser ist im Knie mit dem Unterschenkel und letzterer im Fersengelenk mit dem Fuß verbunden.

§. 9.

Unter der den ganzen Körper bis auf wenige Oeffnungen überziehenden äußeren Haut, und dem darunter liegenden ungleich dicken Fettpolster finden wir fast überall, vorzüglich aber an den Gliedmaßen, Muskeln und Sehnen, welche in Verbindung mit den Knochen zur Bewegung der einzelnen Theile dienen. Diese Bewegungen werden ebenso wie die Empfindungen, für deren besondere Eigenthümlichkeiten verschieden eingerichtete Sinneswerkzeuge (Auge, Ohr, Nase, Zunge, Fingerspitzen) vorhanden sind, durch die Nerven geleitet, welche im Gehirn und Rückenmark ihren Mittelpunkt haben; in dem Gehirn müssen wir auch den Sitz der Seele annehmen.

Alle diese Gebilde bestehen aber nur durch eine beständige Erneuerung ihrer kleinsten Bestandtheile. Diese Erneuerung wird vermittelt durch das Blut, welches in den Adern kreist. Das Blut ist jedoch selbst in steter Umwandlung begriffen, und diese fordert die zeitweise Aufnahme neuer Nahrungsstoffe und die Ausscheidung der verbrauchten Theile.

§. 10.

Die Aufnahme der Nahrungsmittel geschieht zunächst durch den Mund, aus welchem die verkleinerten Speisen durch den Schlund

und die Speiseröhre in den Magen kommen. Von hier gelangt der mit dem Magensaft vermischte Speisebrei durch den Zwölffingerdarm, wo die in der Leber abgeschiedene Galle und der Saft der Bauchspeicheldrüse hinzugemischt wird, in den Dünndarm und aus diesem in den Dickdarm. Während dort der sogenannte Milchsaft von den Saugadern und Blutgefäßen aufgenommen wird, gehen die unbrauchbaren Speisereste, mit dem Gallenfarbestoff gemischt als Koth durch den Mastdarm ab. Der Milchsaft gelangt, nachdem er durch die Gekrösdrüsen hindurch gegangen ist, endlich auch in die Blutadern, und mit dem dunkeln Blute gemischt in die rechte Herzhälfte. Durch die Zusammenziehungen der rechten Herzkammer wird dieses dunkle Blut in einer großen Ader zu den Lungen getrieben.

Hier wird es in immer feiner getheilten Gefäßzweigen an den Lungenzellen mit der durch die Nase, den Kehlkopf und die Luftröhre eintretenden Luft in Verkehr gebracht, und durch Ausscheidung von Wasserdampf und Kohlensäure in hellrothes Blut umgewandelt. Dieses fließt dann in den zu größeren Stämmen sich wieder vereinigenden Holadern zur linken Herzhälfte und wird von der linken Herzkammer mittelst absatzweiser Zusammenziehungen durch die große Pulsader in die mehr und mehr sich verzweigenden Schlag- oder Pulsadern des ganzen Körpers getrieben, welche alle Theile durchziehen, und denselben den neuen Nahrungsstoff zuführen. Der Stoß, welchen das Blut vom Herzen erleidet und den Pulsadern mittheilt, bedingt den Pulsschlag, welcher bei Kindern ungleich häufiger, als bei Erwachsenen, bei diesen, wenn sie gesund sind, etwa 70 Mal in der Zeit einer Minute gefühlt wird.

Das im Haargefäßnetz des Körpers nicht verwendete Blut kehrt zugleich mit den abgenutzten, wieder verflüssigten Theilen des Körpers und dem erwähnten Milchsafte in den Holadern, welche sich aus allen Gebilden des Körpers endlich in zwei großen Stämmen sammeln, zur rechten Herzhälfte zurück, um den Kreislauf von Neuem zu beginnen.

Außer der Reinigung und Umwandlung, welche das Blut in den Lungen erfährt, findet noch eine ununterbrochene Reinigung des Blutes von nicht mehr tauglichen Theilen in der äußeren Haut als sogenannte Hautausdünstung und Schweiß, und in den beiden Nieren, statt. In diesen letzteren wird der Harn oder Urin abgeschieden, welcher

durch die beiden Harnleiter in die Harnblase herabfließt, und durch die Harnröhre von Zeit zu Zeit ausgeleert werden muß.

§. 11.

Während die bisher genannten Theile der Empfindung, Bewegung und Erhaltung des einzelnen Menschen dienen, gibt es endlich noch eine Reihe von Gebilden, welche ebenfalls aus dem Blute erhalten und durch die Nerven beherrscht werden, aber einem anderen Zwecke, dem der Fortpflanzung oder Erhaltung des Geschlechts dienen, und daher Geschlechtstheile heißen.

§. 12.

Die Geschlechtstheile finden sich mit Ausnahme der Brüste am unteren Ende des Rumpfes und sind beim Weibe in dem Knochengürtel, welcher das untere Ende der Wirbelsäule mit den Beinen verbindet, und welchen man das Becken nennt, eingeschlossen, oder an dessen unterem Ausgange angeheftet. —

Da das weibliche Becken nicht allein für die Befestigung und Lage der wichtigeren weiblichen Geschlechtstheile, sondern auch ganz besonders für die Geburt von der größten Bedeutung ist, so hat die Hebamme zunächst dieses nach allen Verhältnissen genau kennen zu lernen.

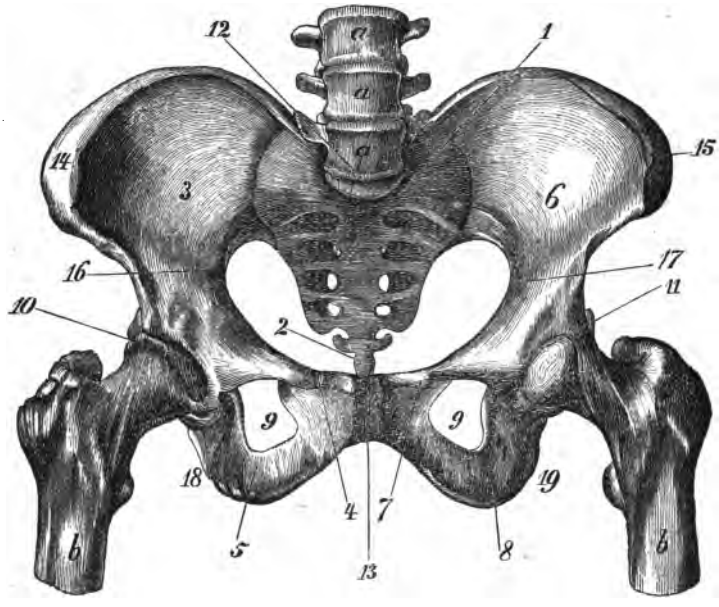
Zweites Kapitel.

Von dem weiblichen Becken.

§. 13.

Das von allen Weichtheilen entblößte Becken besteht bei Erwachsenen aus 4 Knochen, nämlich aus dem Kreuzbein, dem Steißbein und den beiden Seitenbeinen. Bei Unterscheidung desselben in das große und kleine Becken rechnet man auch noch die beiden untersten Lendenwirbel hinzu.

Fig. 1.



§. 14.

Das Kreuzbein (Fig. 1. 1) bildet die hintere Wand des Beckens; es ist ein dreieckiger Knochen, dessen nach unten gerichtete Spitze mit dem Steißbein beweglich verbunden ist; während der breitere obere Theil die Wirbelsäule trägt. An den beiden Seitenrändern des Kreuzbeins sind die Seitenbeine fast unbeweglich befestigt. Die vordere Fläche des Kreuzbeins ist ausgehöhlt und ziemlich glatt, zeigt aber vier Paar Löcher, durch welche Nerven und Adern aus dem Wirbelkanale in die Beckenhöhle eintreten. Die äußere Fläche ist uneben und in der Mitte mit einer senkrecht herablaufenden Reihe von Hervorragungen besetzt.

Fig. 1. Das weibliche Becken in Verbindung mit drei Lendenwirbeln a und den Schenkelbeinen b 1 das Kreuzbein, 2 das Steißbein, 3 das Darmstück, 4 das Schamstück, 5 das Sitzstück des rechten Seitenbeins, 6, 7, 8 dieselben Stücke des linken Seitenbeins, 9 das eiförmige Loch, 10, 11 die Pfanne für das Hüftgelenk, 12 der Vorberg, 13 die Schamfuge, 14, 15 der Kamm des Darmstücks, 16, 17 die ungenannte oder Bogenlinie, 18, 19 die Sitzknorren.

§. 15.

Das ebenfalls dreieckige Steißbein (Fig. 1. 2) besteht aus 4 kleinen, unter einander nicht immer festverwachsenen Knochenstücken, welche an der Spitze des Kreuzbeins beweglich angeheftet sind, so daß das Steißbein einigermaßen nach hinten hinausgedrängt werden kann.

§. 16.

Die beiden Seitenbeine sind hinten mit dem Kreuzbein und vorn unter einander durch Gelenke und Bänder verbunden. Jedes derselben besteht aus drei Stücken, dem Hüftstück, dem Sitzstück und dem Schamstück, welche in der Kindheit leicht von einander getrennt werden können, bei den Erwachsenen aber in eine feste Knochenmasse verschmolzen sind.

Das Hüft- oder Darmstück (Fig. 1. 3, 6) zeigt eine mit einem wulstigen Rande, dem Darmbeinkamm (Fig. 1. 14, 15) umgebene Schuppe, an welcher unten und innen eine hervorragende Linie, die ungenannte oder Bogenlinie (Fig. 1. 16, 17) bemerklich ist. Der Kamm endigt vorn und hinten an einer Spitze, die vordere und hintere Darmbeinspitze.

Das Sitzstück (Fig. 1. 5, 8), der unterste Theil jedes Seitenbeines, zeigt eine dicke Hervorragung, den Sitzknorren (Fig. 1. 18, 19), von welchem nach vorn der aufsteigende Ast abgeht; an dem hinteren herabsteigenden Ast ist der Sitzstachel bemerkenswerth.

Das Schamstück der beiden Seitenbeine (Fig. 1. 4, 7) bildet die vordere Wand des Beckens, indem sich das rechte Schamstück mit dem linken in der Mitte durch die Schamfuge (Fig. 1. 13) vereinigt. Man unterscheidet an dem Schamstück den queren und den absteigenden Ast; letzterer ist bei den Erwachsenen mit dem aufsteigenden Ast des Sitzstücks verschmolzen.

Diese Aeste des Schamstückes und Sitzstückes umgeben das eirunde Loch (Fig. 1. 9, 9). Da, wo die drei Stücke jedes Seitenbeines zusammenstoßen, findet sich nach außen die Gelenkpfanne (Fig. 1. 10, 11) für den Kopf des Schenkelbeines.

§. 17.

Die Beckenknochen sind mit Ausnahme des Steißbeines nahezu unbeweglich unter einander verbunden, und bilden so einen festen Ring, welcher beim Stehen und Gehen von den Schenkelbeinen getragen

wird, und mittelst der auf dem oberen Rande des Kreuzbeins befestigten Wirbelsäule den ganzen Rumpf, den Kopf und die oberen Gliedmaßen trägt. — Die Verbindung des letzten Lendenwirbels mit dem Kreuzbein springt an der hinteren Wand in das Becken merklich hervor; diese Hervorragung heißt der Vorberg (Fig. 1. 12).

Die Verbindungen des Kreuzbeins mit den Hüftstücken der beiden Seitenbeine heißen die Hüftkreuzbeinfugen. Man unterscheidet eine rechte und linke Hüftkreuzbeinfuge.

Unter der Verbindung der beiden Schamstücke mit einander oder der Schamfuge befindet sich der Scheitel eines Bogens, des Schambogens, welcher von den absteigenden Schamästen gebildet wird. Die beträchtliche Weite des Schambogens unterscheidet neben anderen Eigenthümlichkeiten das weibliche Becken von dem des Mannes, bei welchem dieser Bogen viel enger ist.

Zur Befestigung der Verbindungen zwischen Kreuzbein und Seitenbeinen, sowie zur Vervollständigung der hinteren, zum Theil vom Kreuzbein gebildeten, Beckenwand tragen die breiten starken Bänder bei, welche vom Sitzstachel und Sitzknorren nach den Seitenrändern des Kreuzbeins und Steißbeins hinüberlaufen.

§. 18.

Um den Raum, welchen die genannten Knochen einschließen, genauer beschreiben zu können, unterscheidet man zunächst das große und das kleine Becken, und mißt in jedem derselben verschiedene Durchmesser.

Das große Becken wird umgeben von den beiden letzten Lendenwirbeln, dem Hüftstück jedes Seitenbeins und von dem unteren Theil der fleischigen und häutigen Bauchdecken nebst den Pouparti'schen Bändern, zwei von der vorderen Spitze des Hüftkammes jeder Seite nach der Schamfuge herablaufenden sehnigen Streifen, unter welchen bei derjenigen Krankheit, welche man einen Eingeweidebruch oder Leibschaden nennt, Darmschlingen oder Netz u. s. w. aus der Bauchhöhle unter die Haut hervortreten.

An dem großen Becken mißt man den vorderen Querdurchmesser von der rechten Hüftkammspitze zur linken, welcher an einer gesunden Lebenden 25 Centimeter = 9¼ Zoll zeigt, und den hinteren Querdurchmesser zwischen dem weitesten Abstand der beiden Hüftkämme 28 Centimeter = 10½ Zoll. In diesem Beckenabschnitt liegen die

Gedärme, vorn meist vom großen Netz bedeckt, und die Harnblase, wenn sie stark angefüllt ist, sowie während der vorgerückten Schwangerschaft die Gebärmutter, nachdem sie eine beträchtliche Ausdehnung erlangt hat.

§. 19.

Die Grenze zwischen dem großen und dem darunterliegenden kleinen Becken bildet der vorspringende Rand, welcher vom Vorberg, der ungenannten oder Bogenlinie und dem queren Aste der Schamstücke gebildet und der Beckeneingang genannt wird. Der unterhalb dieser Linie liegende, von dem Kreuzbein, dem Steißbein, den Sitz- und den Schamstücken der beiden Seitenbeine, sowie von den breiten, starken Bändern umgebene Raum, das kleine Becken, wird auch schlechtweg das Becken genannt. — Da dieses für die Geburt von der größten Bedeutung ist, unterscheidet man an demselben zu genauerer Betrachtung den erwähnten Beckeneingang, die Beckenhöhle und den Beckenausgang.

§. 20.

Der Beckeneingang hat bei der Mehrzahl wohlgebauter

Fig. 2.

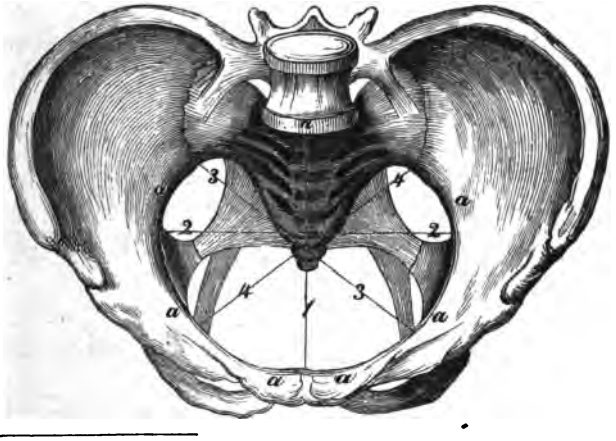


Fig. 2. Das weibliche Becken von oben gesehen mit den Durchmessern des Beckeneinganges a. 1 der gerade Durchmesser des Beckeneinganges, 2 der quere Durchmesser des Beckeneinganges, 3 der rechte schräge Durchmesser, 4 der linke schräge Durchmesser.

Frauen — denn von diesen ist hier zunächst nur die Rede — die Gestalt eines quer liegenden Ovals, in welches von hinten der Vorberg ein wenig herein springt, bei anderen aber auch wohl die Gestalt eines Kartenherzens mit abgestumpfter Spitze.

Die hier gewöhnlich angenommenen Durchmesser sind folgende:

1) Der Querdurchmesser des Beckeneinganges (Fig. 2. 2) eine gerade Linie, welche man von der Mitte der am Hüftstück hinlaufenden Bogenlinie der einen Seite zu eben dieser Stelle der anderen Seite zieht, — mißt bei einer erwachsenen wohlgebauten Frau 13,5 Centimeter = 5 Zoll.

2) Der gerade Durchmesser des Beckeneinganges (Fig. 2. 1) eine gerade Linie, welche man zwischen der Mitte des Vorbergs und dem oberen Rande der Schamfuge annimmt, mißt 11 Ctm. = 4 Zoll.

3) Der rechte schräge Durchmesser des Beckeneinganges (Fig. 2. 3) die gerade Linie zwischen dem oberen Rand der rechten Hüftkreuzbeinfuge und derjenigen Stelle des linken Seitenbeins, welche über der Pfanne liegt, mißt 12,5 Ctm. = $4^1/_2$ Zoll.

4) Der linke schräge Durchmesser (Fig. 2. 4) zwischen der linken Hüftkreuzbeinfuge und der Stelle des rechten Seitenbeines, welche über der Pfanne liegt, mißt ebenfalls 12,5 Ctm. = $4^1/_2$ Zoll.

§. 21.

In der Beckenhöhle unterscheidet man ferner die obere weitere Gegend, die Beckenweite, und die untere, die Beckenenge; in jener

1) den Querdurchmesser zwischen der Pfannenwand der einen und der andern Seite, welcher 11,5 Ctm. = $4^1/_4$ Zoll beträgt, und

2) den geraden Durchmesser, welcher von der Mitte der Kreuzbeinaushöhlung zur Mitte der Schamfuge gezogen wird und 12,5 Ctm. = $4^1/_2$ Zoll mißt. —

In der Beckenenge mißt

1) der Querdurchmesser zwischen den beiden Sitzstacheln 11 Ctm. = 4 Zoll

2) der gerade Durchmesser zwischen der Spitze des Kreuzbeins und dem unteren Rand der Schamfuge 11,5 Ctm. = $4^1/_4$ Zoll.

§. 22.

Der Beckenausgang, welcher umgeben wird von dem Scham-

bogen, den beiden Sitzknorren, den breiten starken Bändern und der Steißbeinspitze, ist nach hinten einer gewissen Erweiterung fähig, weil das Steißbein beweglich an die Kreuzbeinspitze angeheftet ist und die §. 17 genannten breiten starken Bänder dehnbar sind.

Man mißt daselbst

1) den Querdurchmesser des Beckenausganges zwischen den beiden Sitzknorren, welcher 11 Cm. = 4 Zoll beträgt,

2) den geraden Durchmesser zwischen der Spitze des Steißbeins und dem unteren Rande der Schamfuge, welcher gewöhnlich 9,5 Cm. = 3½ Zoll mißt, aber beim Zurückdrängen des Steißbeins um 2—3 Cm. vergrößert werden kann.

Fig. 3.

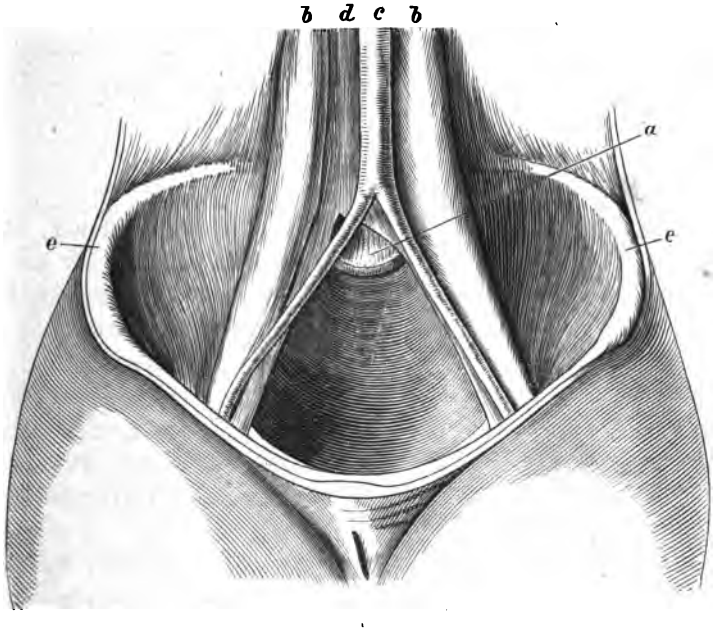


Fig. 3. Der weibliche Beckeneingang von Weichtheilen ausgekleidet. a. Vorberg, bb Lendenmuskeln, c große Bauchschlagader, d große Bauchholader, ee rechter und linker Darmbeinkamm.

§. 23.

Das kleine Becken hat endlich verschieden hohe Wandungen; vorn ist die Schamfuge 4 Cm. = $1^1/_2$ Zoll hoch; an den Seitenwänden mißt man von den Sitzknorren bis zur Bogenlinie 9,5 Cm. = $3^1/_2$ Zoll. An der hinteren Wand beträgt die Höhe von der Steißbeinspitze bis zum Vorberg 12,5—13,5 Cm. = $4^1/_2$ bis 5 Zoll.

§. 24.

Im lebenden Menschen erscheint die Gestalt und Räumlichkeit der einzelnen Beckenräume mehrfach abgeändert durch die an den Beckenknochen befindlichen Weichtheile. So sind z. B. die Innen- wie die Außenfläche der Knochen, die breiten starken Bänder, und das von einer Haut verschlossene eirunde Loch an vielen Stellen mit Muskeln bedeckt. Dadurch gestaltet sich der Beckeneingang im lebenden Weibe meist vorn etwas weiter als hinten, wie vorstehende Abbildung Fig. 3. zeigt. — Ebenso wird der Beckenausgang in einer lebenden Frau bis auf die Oeffnungen des Afters, der Scheide und der Harnröhre durch mehrere Lagen von Muskeln und durch die mit einem beträchtlichen Fettpolster unterlagerte Haut geschlossen.

Fig. 4.

Fig. 4. Senkrechter Durchschnitt des weiblichen Beckens, um dessen Mittellinie und Neigung zu zeigen. 1 Gerader Durchmesser des Beckeneinganges, 2 Winkel des genannten Durchmessers mit der wagerechten Linie bei aufrechtem Stand des Körpers, 3 gerader Durchmesser des Beckenausganges, 4 Winkel desselben mit der wagerechten Linie; 5 Mittellinie oder Führungslinie des Beckenkanales.

§. 25.

Der Beckenkanal, durch welchen das Kind bei der Geburt hindurchgehen muß, stellt kein gerades, sondern ein gebogenes, nach unten sich etwas verengerndes Rohr dar, dessen Biegung von der Aushöhlung des die hintere Beckenwand bildenden Kreuz- und Steißbeins abhängt. Dieser entsprechend ist daher die Mit-

tel- oder Führungslinie (Fig. 4. 5), welche durch die Mitte sämmtlicher in der Beckenhöhle denkbarer gerader Durchmesser gezogen wird, keine gerade, sondern eine in der unteren Hälfte mehr und mehr vorwärts gekrümmte Linie, wie die auf voriger Seite stehende Figur zeigt.

§. 26.

Die Stellung des Beckens im Verhältniß zur Längenachse des menschlichen Körpers und zum ebenen Boden heißt die Neigung desselben. Bei der aufrecht stehenden Frau ist der Beckeneingang mehr nach vorn als nach oben gerichtet, der Beckenausgang nach unten und ein wenig nach hinten, wie es Figur 4. zeigt. — Die Stellung des Beckens ändert sich bei den verschiedenen Haltungen und Lagen des Körpers jedoch so, daß bei einer Lage, welche die Mitte zwischen Sitzen und Liegen hält, der Beckeneingang fast wagerecht steht, und bei der ebenen Lage auf dem Rücken der Beckenausgang nach vorn gerichtet erscheint. — Die Neigung des Beckens weicht bei verschiedenen Frauen beträchtlich ab, so daß bei Einzelnen der Beckenausgang auch im Stehen nach unten und etwas nach vorne gerichtet ist (zu geringe Beckenneigung), bei Anderen umgekehrt der Beckenausgang stark nach hinten und weniger nach unten sieht (zu starke Neigung des Beckens).

§. 27.

Kennzeichen eines gut gebauten Beckens.

Da die Beschaffenheit des Beckens von großem Einfluß auf den Hergang der Geburt ist, so daß gewisse Fehler seiner Gestalt und Weite die Geburt sehr erschweren, ja auf dem gewöhnlichen Wege unvollendbar machen können, so muß die Hebamme wissen, aus welchen Zeichen und Ermittelungen man auf ein gut gebautes Becken schließen darf, d. h. auf ein Becken, welches der Geburt eines reifen Kindes von gewöhnlicher Größe ein Hinderniß nicht entgegenstellt.

Man kann ein solches unter folgenden Bedingungen annehmen:

1) wenn die Frau im Ganzen wohlgebaut oder doch wenigstens der Rumpf hinlänglich groß ist, wenn insbesondere

2) die Hüftgegend gehörig ausgebildet, breit und voll, die Kreuzgegend nicht zu tief eingedrückt ist und die Schamgegend nicht schnabelförmig hervortritt,

3) wenn bei der §. 51 zu beschreibenden Untersuchung der Beckenhöhle keine Abweichungen von der regelmäßigen Gestalt wahrgenommen werden, z. B. nicht ein ungewöhnlich hervorspringender Vorberg, nicht eine ungewöhnliche Annäherung der Sitzbeine an einander u. s. w.

4) wenn eine Frau bereits ein oder mehrere ausgetragene kräftig entwickelte Kinder leicht und glücklich geboren, und seit der letzten Geburt nicht an einer die Knochen verunstaltenden Krankheit, namentlich nicht an der sogenannten Knochenerweichung der Erwachsenen, welche unter dem Namen der reißenden Gicht dem Volke bekannt ist, gelitten hat.

Da diese Kennzeichen jedoch theils von der Hebamme nicht leicht untrüglich festzustellen, theils wie Nr. 4, bei Erstgebärenden fehlen, so mag die Hebamme der im 3. Kapitel des zweiten Abschnittes des dritten Theils zu besprechenden Erscheinungen, welche Geburtshindernisse durch ein enges Becken darbieten, bei Beurtheilung jedes zögernden Geburtsfalles eingedenk sein.

Drittes Kapitel.

Von den weiblichen Geschlechtstheilen.

§. 28.

Die zur Fortpflanzung des Geschlechts bestimmten Theile am weiblichen Körper unterscheidet man in äußere und innere, weil die letzteren im Becken, die ersteren vor dessen Ausgange und die Brüste vor dem Brustkorbe liegen. Diejenigen Geschlechtstheile, welche bei der Geburt vorzugsweise in Betracht kommen, hat man auch Geburtstheile genannt und dann bisweilen das Becken hinzugerechnet.

§. 29.

Die äußeren Geschlechtstheile, welche in der Schamgegend liegen, sind 1) der Schamberg, 2) die großen Schamlippen mit dem Schambändchen, 3) der Damm oder das Mittelfleisch, 4) die kleinen Schamlippen, 5) die weibliche Ruthe, 6) die Mündung der Harnröhre, 7) der Scheideneingang mit dem Jungfernhäutchen.

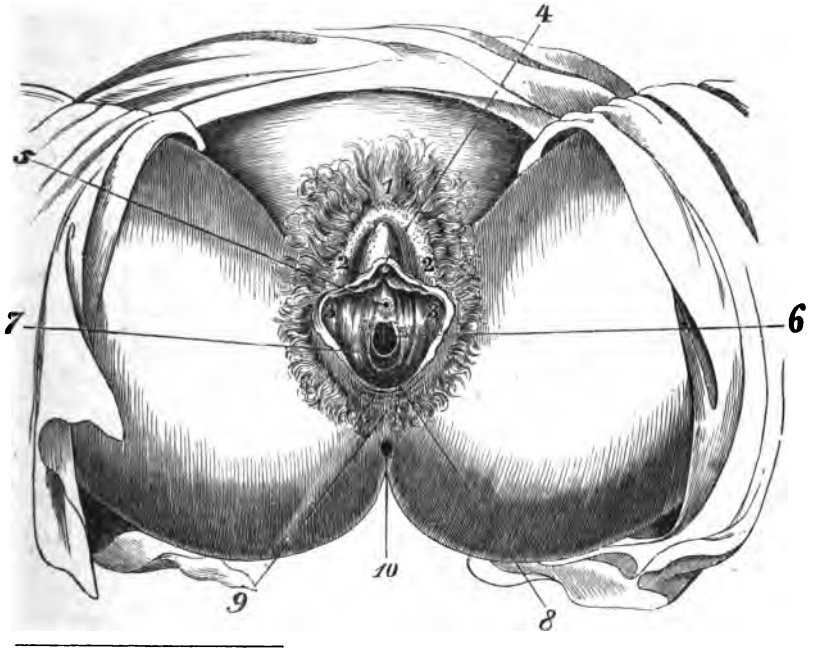
§. 30.

Der Schamberg (Fig. 5. 1) ist die mit einem derben Fettpolster unterlagerte Erhabenheit, welche vor der Schamfuge liegt und bei mannbaren Frauenzimmern mit krausen Haaren besetzt ist.

§. 31.

Die großen oder äußeren Schamlippen (Fig. 5. 2) sind ein paar dehnbare, vom Schamberg abwärts zwischen den Beinen nach hinten verlaufende Hautfalten, welche bei Erwachsenen auf der Außenfläche mit Haaren bedeckt sind, bei Jungfrauen dicht an einander liegen, bei Frauen hingegen, welche den Beischlaf schon oft gepflogen, oder schon geboren haben, in der Regel nicht mehr dicht schließen. — Die zwischen ihnen befindliche Spalte heißt die Scham-

Fig. 5.



Figur 5. Aeußere Geschlechtstheile, 1 der Schamberg, 2 die großen Schamlippen, 3 die kleinen Schamlippen, 4 der Kitzler, 5 die Harnröhrenmündung, 6 der Scheideneingang, 7 das Jungfernhäutchen, 8 das Schambändchen, 9 der Damm, 10 der After.

spalte. — Zieht man die großen Schamlippen von einander, so spannt sich bei solchen, die noch nicht geboren haben, eine zarte Hautfalte quer an dem hinteren Ende der beiden großen Schamlippen aus; diese heißt das Schambändchen (Fig. 5. 8), welches in der Regel bei der ersten Geburt zerreißt.

§. 32.

Der Damm (Fig. 5. 9) oder das Mittelfleisch heißt die Hautbrücke zwischen dem Schambändchen und dem After; sie ist beiläufig 2—3 Cm. oder einen Zoll breit, wird bei der Geburt stark ausgedehnt, und geräth dadurch in Gefahr zu zerreißen.

§. 33.

Die kleinen Schamlippen (Fig. 5. 3) sind zwei kleinere, lichtrothe, empfindliche Hautfalten, welche innerhalb der Schamspalte herablaufen, und bei Jungfrauen von den großen Schamlippen verdeckt zu werden pflegen, bei Frauen, die geboren haben, in der Regel welk, runzelig, bräunlich erscheinen, und oft zwischen den klaffenden großen Schamlippen hervorragen. Nach vorn spalten sie sich in zwei Platten, von welchen die äußere, mit jener der anderen Seite vereinigt die Vorhaut des Kitzlers, die innere das Bändchen des letzteren bildet.

§. 34.

Die weibliche Ruthe oder der Kitzler (Fig. 5. 4) ist ein kleiner, empfindlicher, schwellbarer Körper, welcher an der vor der Schamfuge liegenden Vereinigungsstelle der kleinen Schamlippen sich befindet, und dessen hervorragendes Köpfchen, die Eichel, von der Vorhaut umgeben und bei Jungfrauen bedeckt wird.

§. 35

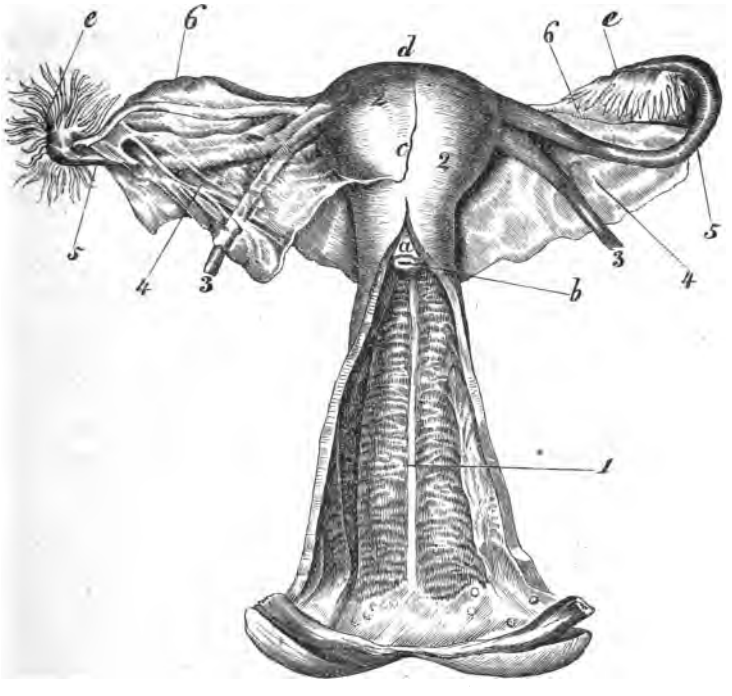
Einen halben bis dreiviertel Zoll = 1,3 bis 2 Cm. breit unterhalb des Kitzlers findet sich die Mündung der Harnröhre (Fig. 5. 5), welche von einem wulstigen Ring umgeben ist, und mittelst des letzteren schon durch das Gefühl unterschieden werden kann.

§. 36.

Nahe unter der Harnröhrenmündung liegt eine größere Oeffnung, welche in die Scheide führt, der Scheideneingang (Fig. 5. 6), in welchem bei Jungfrauen eine bald ringförmige, bald halbmondför-

mige, zarte Hautfalte, das Jungfernhäutchen oder die Scheidenklappe gefunden zu werden pflegt. Diese Hautfalte zerreißt gewöhnlich bei dem ersten Beischlaf und es bleiben dann in der Umgebung des Scheideneingangs 3—4 kleine Hautläppchen, welche die myrthenförmigen Wärzchen genannt werden. Das Jungfernhäutchen kann jedoch auch durch andere Veranlassungen zerrissen werden; das Fehlen desselben beweist daher allein noch nicht, daß Beischlaf Statt gefunden habe.

Fig. 6.



Figur 6. Innere weibliche Geschlechtstheile im jungfräulichen Zustande: 1 die aufgeschnittene Scheide; 2 Gebärmutter, a Scheidentheil, b äußerer Muttermund, c Mutterkörper, d Muttergrund; 3 die runden Mutterbänder, 4 die breiten Mutterbänder, 5 die Mutterröhren, e Franzen derselben; 6 die Eierstöcke.

§. 37.

Zu den inneren weiblichen Geschlechtstheilen gehören:
1) die Mutterscheide, 2) die Gebärmutter, 3) die Mutterbänder, 4) die Mutterröhren, 5) die Eierstöcke.

§. 38.

Die Mutterscheide (Fig. 6. 1), auch kurzweg Scheide genannt, ist ein häutiger, ausdehnbarer Gang, welcher mit dem Scheideneingang beginnend in der Richtung der Beckenhöhle zwischen Harnröhre und Mastdarm emporführt. Der obere Theil, das Scheidengewölbe, setzt sich unmittelbar an der Gebärmutter an, deren unteres Ende, der Scheidentheil, als ein kleiner Zapfen in das Scheidengewölbe hineinragt. An der Scheide bemerkt man eine vordere und eine hintere Wand, deren Innenfläche bei Jungfrauen durch querlaufende Fältchen runzelig, nach überstandenen Geburten gewöhnlich schlaff und wulstig erscheint.

§. 39.

Die Gebärmutter (Fig. 6. 2) ist ein fleischiger, hohler, im nichtschwangeren Zustande einer plattgedrückten Birne ähnlicher Körper; sie liegt in der Mittellinie des Beckens zwischen Harnblase und Mastdarm oberhalb des Scheidengewölbes, so daß der breite Theil oben, der schmälere unten sich befindet. Sie wird von den breiten Mutterbändern an beiden Seiten, und von je zwei häutigen Falten an den Schambeinen und an dem Kreuzbein befestigt.

Man unterscheidet an der Gebärmutter zunächst eine vordere flachere und eine hintere, gewölbtere Wand, sodann den obersten gewölbten Theil: den Muttergrund (Fig. 6. d. Fig. 7. 1), ferner den untersten mehr walzenförmig gestalteten Theil: den Mutterhals (Fig. 7. 3), und endlich den zwischen beiden liegenden: den Mutterkörper (Fig. 6. c. Fig. 7. 2). Eine gerade Linie von der Mitte des Muttergrundes bis zum unteren Ende des Mutterhalses gezogen, heißt der Längendurchmesser oder die Axe der Gebärmutter, und diese mißt bei erwachsenen Frauen im nicht schwangeren Zustande 6—7 Cm. = $2^1/_2$—$^3/_4$ Zoll, während die größte Breite des Mutterkörpers 4 Cm. = $1^1/_2$ Zoll beträgt.

§. 40.

Das untere Ende der Gebärmutter, welches in das Scheidengewölbe hineinragt, der Scheidentheil oder die Vaginalportion (Fig. 6. a. Fig. 7. 4), fühlt sich bei Jungfrauen wie ein plattgedrückter zierlicher, unten gerade abgeschnittener Zapfen von fast knorpelähnlicher Festigkeit an, an dessen freiem Ende man eine Querspalte, den äußeren Muttermund, Fig. 6. b) entdeckt. Diese Querspalte wird von den beiden Muttermundslippen umgeben, von welchen die vordere bei Nichtschwangeren in der Regel länger und dicker ist, als die hintere. Der Scheidentheil, insbesondere die Mutterlippen und der Muttermund zeigen große Verschiedenheiten, abgesehen von krankhaften Zuständen, insbesondere zur Zeit der monatlichen

Fig. 7.

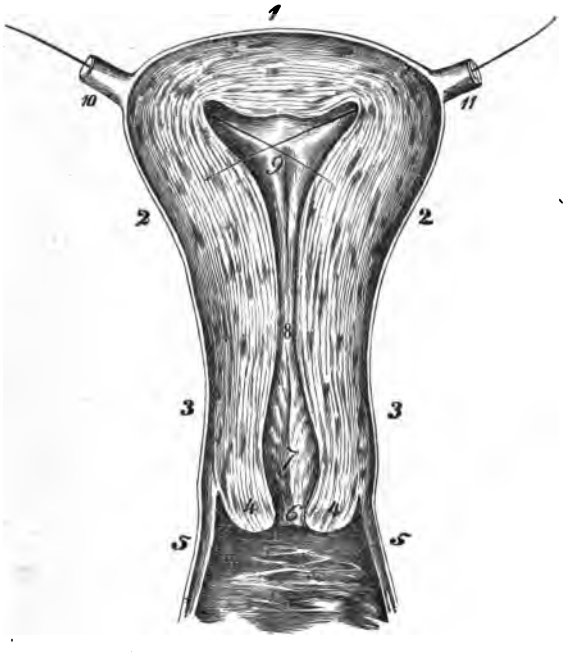


Fig. 7. Durchschnitt einer jungfräulichen Gebärmutter in natürlicher Größe: 1 Muttergrund, 2 Mutterkörper, 3 Mutterhals, 4 Scheidentheil, 5 Scheidengewölbe, 6 äußerer Muttermund, 7 Mutterhalskanal, 8 innerer Muttermund, 9 Gebärmutterhöhle, 10. 11 abgeschnittene Mutterröhren, durch deren Kanal Borsten gesteckt sind.

Reinigung, der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. — Bei Personen, welche geboren haben, ist der Scheidentheil meist nicht mehr so zierlich und fest; auch schließen die Mutterlippen, die überdies alsdann eingekerbt erscheinen, oft minder genau an einander, als vor der ersten Schwangerschaft.

§. 41.

Der äußere Muttermund (Fig. 7. 6) führt zu einem sich Anfangs erweiternden, dann wieder verengernden, 2,7 Cm. = einen Zoll langen, platten Kanal, den Kanal des Mutterhalses (Fig. 7. 7), welcher durch eine etwas verengte Stelle, den inneren Muttermund (Fig. 7. 8) in die dreieckige Gebärmutterhöhle leitet. Diese flache Höhle liegt im Gebärmutterkörper, und ist im nichtschwangeren Zustande kaum so groß, daß ein Mandelkern darin liegen könnte.

Die beiden seitlichen Winkel dieser Höhle führen zu den inneren Oeffnungen der Mutterröhren (Fig. 7. 10, 11). Die Innenfläche der Gebärmutterhöhle ist von einer glatten Schleimhaut ausgekleidet, von welcher das Blut bei der monatlichen Reinigung abgesondert wird. Die Außenfläche des Mutterkörpers und Grundes, welche frei in die Beckenhöhle hinaufragt, ist vom Bauchfell überzogen.

§. 42.

Die breiten Mutterbänder (Fig. 6. 4), welche die Gebärmutter auf beiden Seiten im kleinen Becken befestigen, sind ein Paar häutige Falten, die vom Bauchfell gebildet werden. Diese zarte, glatte Haut geht von der inneren Fläche der vorderen Bauchwand zunächst auf die Harnblase und die vordere Beckenwand über, senkt sich hinter derselben etwas herab, steigt sodann an der vorderen Fläche der Gebärmutter wieder empor, überzieht den Muttergrund und die hintere Fläche der Gebärmutter. Sie senkt sich hier sogar bis zum hinteren oberen Theil der Scheide herunter, und bedeckt endlich den Mastdarm und die hintere Beckenwand. Innerhalb der breiten Mutterbänder, an deren Hinterfläche auch die Eierstöcke befestigt sind, treten Adern und Nerven zur Gebärmutter.

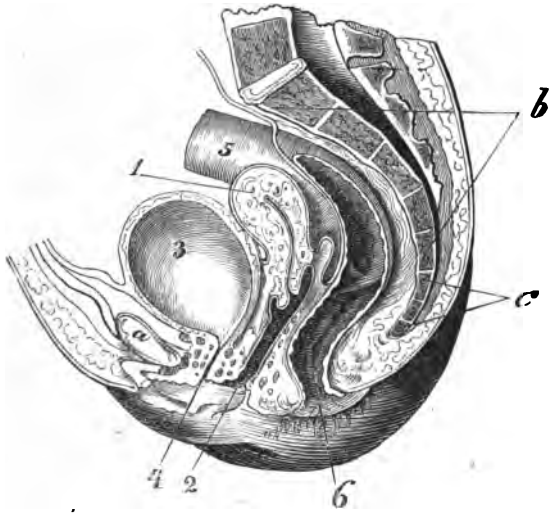
Die runden Mutterbänder (Fig. 6. 3) sind zwei runde, dünne, fleischige Stränge, welche an beiden Seiten des Muttergrundes etwas unterhalb und vor den Mutterröhren entspringen, und

zwischen den Platten des Bauchfells nach außen und vorn durch den Bauchring zu dem Schamberg gehen.

Abgesehen von diesen Bändern ist die Gebärmutter, deren vordere Wand oberhalb des Scheidengewölbes unmittelbar mit der Harnblase verbunden ist, noch durch je zwei häutige Falten, vordere und hintere Mutterbänder, welche von der vorderen und hinteren Beckenwand zu dem Mutterhals gehen, in ihrer Stellung einiger Massen beweglich befestigt. —

Zur Erläuterung des Lageverhältnisses der inneren Geschlechtstheile im Becken, zumal zur Harnblase und dem Mastdarm dient

Fig. 8.



§. 43.

An dem oberen Rande der breiten Mutterbänder verlaufen zwei häutige Röhren von 10—11 Cm. = beiläufig vier Zoll Länge, die Mutterröhren oder Muttertrompeten, auch Eileiter (Fig. 6. 5) genannt, welche von der breitesten Stelle der Gebärmutter ausgehend nach beiden Seiten hinlaufen. Während diese Röhren mit je einer

Fig. 8. Durchschnitt des weiblichen Beckens mit den darin liegenden Theilen: a Schamfuge, b Kreuzbein, c Steißbein; 1 Gebärmutter, 2 Scheide, 3 Harnblase, 4 Harnröhre, 5 Mastdarm, 6 After.

sehr engen Oeffnung in den beiden seitlichen Winkeln der Gebärmutterhöhle beginnen, endigen sie sich erweiternd in freien, von häutigen Zacken, Fransen (Fig. 6. e), umgebenen Mündungen. — Sie führen den männlichen Saamen nach der Begattung an das zu befruchtende Ei, und leiten umgekehrt dieses in die Gebärmutterhöhle.

§. 44.

In besonderen Falten der hinteren Fläche der breiten Mutterbänder liegen endlich noch die Eierstöcke, ein Paar platte, mandelförmige Körper, in denen man bei mannbaren Frauenzimmern gewöhnlich 15 bis 20 Bläschen unterscheiden kann, welche die unbefruchteten Eier enthalten.

§. 45.

Die Brüste, zwei von vielem Fett umgebene, an der Vorderfläche der Rippen liegende Drüsen, welche durch die nach der Geburt sich entwickelnde Milchabsonderung zur Ernährung des geborenen Kindes bestimmt sind, zeigen in der Regel nur je eine Warze, welche von einem durch Farbe und zahlreiche kleine Hautdrüschen von der umliegenden Haut unterschiedenen Hofe umgeben ist. Die Brustwarzen sind bei Jungfrauen in der Regel flach, bisweilen tiefliegend, sogenannte Hohlwarzen, und dann und wann anscheinend gespalten. Bei Frauen, die gesäugt haben, erscheinen sie größer, bisweilen sogar unförmlich und hart.

Viertes Kapitel.

Von den Verrichtungen der weiblichen Geschlechtstheile, insbesondere von der monatlichen Reinigung.

§. 46.

Die auf die Fortpflanzung des Geschlechts gerichtete Thätigkeit der weiblichen Geschlechtsorgane beginnt nicht früher, als nachdem der ganze Körper eine gewisse Reife der Entwickelung, die Mannbarkeit, erlangt hat, bei deutschen Mädchen gewöhnlich um das fünfzehnte Lebensjahr, ausnahmsweise erheblich früher oder später.

Alsdann sprossen auf dem Schamberg und an der Außenfläche der großen Schamlippen die Schamhaare hervor, die Brüste werden voller, die Gebärmutter wird derber, und an den Eierstöcken treten einzelne Bläschen stärker hervor. Mit dem Bersten eines der letzteren und dem Austritt des enthaltenen reifen Eichens, welches dann von dem einen oder anderen Eileiter aufgenommen und nach der Gebärmutterhöhle fortgeleitet wird, pflegt ein mehrtägiger mäßiger Blutabgang aus der Gebärmutter die monatliche Reinigung, Menstruation, oder die Regel, die Periode genannt, sich einzustellen. Bei gesunden Frauen kehrt diese Ausscheidung alle vier Wochen, bisweilen einige Tage früher oder später wieder. Geringere Störungen des Wohlbefindens, wie das Gefühl von Vollsein im Unterleibe, mäßige nicht schmerzhafte Schwellung der Brüste u. s. w. gehen nicht selten dem Eintritt des Blutabgangs bei dem ersten Auftreten wie bei jeder Wiederholung vorher. Erheblichere Schmerzen im Unterleibe oder Kopfschmerzen, Erbrechen und andere angreifende Beschwerden deuten ebenso, wie allzureichliche mit Gerinnseln gemischte, oder sehr lange dauernde Blutungen auf eine Erkrankung der inneren Geschlechtstheile, insbesondere der Gebärmutter. Bei solchen Erscheinungen muß die Hebamme, wenn sie um Rath gefragt wird, die Hülfe eines Arztes dringend empfehlen, während sie auch bei gewöhnlichem gesundheitgemäßem Verlauf der Menstruation den Unerfahrenen rathen mag, alle stärkere Aufregungen oder Anstrengungen, das Heben schwerer Lasten, wie Erhitzung und Erkältung, insbesondere der Füße zu vermeiden. Denn durch dergleichen Einwirkungen zu dieser Zeit werden viele Erkrankungen der Geschlechtstheile verursacht.

Abgesehen von dem regelmäßigen Ausbleiben des monatlichen Blutabganges während der Schwangerschaft und Säugung, über welche Vorgänge die folgenden Theile dieses Buches ausführlich handeln, fehlt derselbe bei geschlechtsreifen Frauen gewöhnlich nur in Folge von vorhandenen oder überstandenen schweren Erkrankungen und fordert dann die Zuziehung eines Arztes.

Wenn die Bildung und Reife der Eichen in den Eierstöcken und damit die Fähigkeit Kinder zu zeugen aufhört — bei deutschen Frauen in der Regel zwischen dem vierzigsten und fünfzigsten Lebensjahre — verschwindet die monatliche Blutung für immer. Auch diese Zeit des Wechsels oder der Cessation der Menstruation ist nicht selten von dem Gefühl plötzlich überlaufender Hitze mit Ausbruch von

Schweiß und mit Herzklopfen verbunden, welche Erscheinungen die Befolgung einer einfachen, ruhigen Lebensweise sowie die Vermeidung von Aufregungen aller Art nöthig machen.

Fünftes Kapitel.

Kennzeichen zu Unterscheidung der weiblichen Geschlechtstheile bei Frauen, welche noch nicht geboren haben, von solchen, welche geboren haben.

§. 47.

Bei Jungfrauen zeigt sich die Schamspalte geschlossen, die Farbe der kleinen Schamlippen rosenroth, das Schambändchen in der Regel ebenso wie das Jungfernhäutchen unverletzt, oder nach zufälliger Zerstörung des Jungfernhäutchens der Scheideneingang jedenfalls eng, die Scheidenwandungen fein querfaltig, der Scheidentheil als ein zierlicher glatter Zapfen, an welchem der äußere Muttermund als eine glatte, im nicht völlig entwickelten Zustande bisweilen noch von etwas gefalteten Lippen umgebene Querspalte mit längerer vorderer Lippe sich darstellt.

Bei Frauenzimmern, welche vor längerer Zeit geboren haben, findet man hingegen fast immer

1) die Schamlippen minder genau schließend, meist dunkelroth oder bräunlich gefärbt,
2) das Schambändchen und Jungfernhäutchen zerstört,
3) den Scheideneingang erweitert,
4) die Scheidenwände glatt und schlaff, nicht mehr durch feine Querfältchen ausgezeichnet,
5) den Scheidentheil größer, derb oder wulstig aufgelockert,
6) den Muttermund durch seichtere oder tiefere Einkerbungen uneben. —
7) Außer diesen Eigenthümlichkeiten der Geschlechtstheile nach vorgängigen Geburten zeigen die Bauchdecken, falls die überstandene Schwangerschaft ihr regelmäßiges Ende erreicht hatte, zahlreiche, bisweilen weißliche Streifchen und Flecken wie Narben in Folge der starken Ausdehnung, welche die Haut erlitten hatte, eine Er-

scheinung, welche jedoch auch durch anderweite Ausdehnungen der Bauchdecken, z. B. bei Wassersucht u. s. w. veranlaßt sein kann. Je häufiger eine Frau geboren hat, um so deutlicher sind die genannten Veränderungen ausgebildet.

Sechstes Kapitel.

Von der geburtshülflichen Untersuchung.

§. 48.

Geburtshülfliche Untersuchung nennt man diejenige höchst wichtige Verrichtung einer Hebamme, mittelst welcher sie Kenntniß von der verschiedenen Beschaffenheit der weiblichen Geschlechtstheile erhält. Obschon in gewissem Sinne auch das Ausfragen der Frauen über ihr Befinden, über den Anfang des gegenwärtigen Zustandes, über früher überstandene Krankheiten oder Geburten u. s. w. hierhergerechnet werden kann, so versteht man unter geburtshülflicher Untersuchung doch in der Regel nur die Erforschung der verschiedenen Zustände des weiblichen Körpers insbesondere der Geschlechtstheile mittelst des Gesichts oder des Gehörs oder mittelst des Tastsinns. In dem Folgenden soll vorzüglich von der zuletzt genanuten Untersuchungsweise, dem Befühlen die Rede seiu, weil diese Untersuchungsweise für die Hebamme die wichtigste, ja so wichtig ist, daß diejenige Frau für untauglich zur Ausübung der Hebammenkunst erklärt werden muß, welche diese Art der Untersuchung sich nicht sorgfältig zu eigen gemacht hat.

Indem die Untersuchung mittelst des Tastsinns theils durch die außen auf den Bauch, die Hüften, Schenkel und Brüste aufgelegten Hände, theils durch die in die Geschlechtstheile, insbesondere in die Scheide eingeführten Finger vollzogen wird, unterscheidet man die äußere und die innere Untersuchung. In sehr vielen Fällen z. B. zur Ermittelung einer Vergrößerung des Gebärmutterkörpers, einer fehlerhaften Gestalt und Lage der Gebärmutter oder einer Geschwulst neben derselben wird die äußere mit der inneren Untersuchung verbunden gleichzeitig ausgeführt.

§. 49.

Die äußere Untersuchung wird theils im Stehen, theils in der wagerechten Rückenlage der zu untersuchenden Person vorgenommen. Im ersteren Falle läßt sich die untersuchende Hebamme vor der an einem Tisch oder einer Wand angelehnt stehenden Frau auf ein Knie nieder, und führt, während sie den einen Arm um die Hüften derselben schlingt, die andere Hand, gewöhnlich die rechte, unter den Kleidungsstücken an der Innenfläche des rechten Schenkels empor, geht mit der flachen Hand von der rechten Weiche aus über den Leib, sucht sich von dessen Ausdehnung und den darin enthaltenen Theilen durch mäßiges Hineindrücken Kenntniß zu verschaffen, und zieht endlich die Hand unter Beobachtung der nämlichen Verhältnisse auf der linken Seite unter der Kleidung wieder hervor. — Unternimmt man die äußere Untersuchung an der auf dem Rücken liegenden Frau, so führt die Hebamme an der Seite des Ruhebettes stehend, oder auf dem Bettrande sitzend beide Hände flach unter den Kleidern auf den Leib, umfaßt denselben, und sucht durch mäßiges bald stärkeres, bald schwächeres Hineindrängen der Fingerspitzen die in der Bauchhöhle liegenden Gebilde, insbesondere die Gebärmutter und deren Inhalt zu erforschen. Sollten die Bauchdecken sehr gespannt sein, so läßt man die zu Untersuchende ihre Knie emporziehen und wiederholt tief einathmen, und drängt während des langsamen Ausathmens bei geöffnetem Munde die Fingerspitzen in die alsdann erschlaffenden Bauchwände.

§. 50.

Die innere Untersuchung wird theils an der aufrecht stehenden, theils an der wagerecht auf dem Rücken oder auf einer Seite liegenden Frau vorgenommen. In dem ersten Falle kniet oder sitzt die Hebamme vor der zur Untersuchung Stehenden und führt den mit Oel oder Fett eingesalbten Zeigefinger so in die Scheidenöffnung ein, daß sie durch Hervorziehen der in die Afterkerbe emporgedrängten Zeigefingerkante die Schamlippen von einander trennt, und sobald, als die Spitze des Zeigefingers unter die Schamfuge gelangt ist, dieselbe gemäß der Führungslinie des Beckens emporschiebt. Bisweilen bedarf es, um die hoch hinter der Schamfuge befindlichen Theile erreichen zu können, einer Drehung der Hand, so daß die sonst auf

dem Damm ausgestreckten übrigen Finger ebenso, wie der auf dem Schamberg liegende Daumen nach vorne gerichtet werden. — Bei der gewöhnlichen Rückenlage der zu untersuchenden Frau verfährt die Hebamme in gleicher Weise, indem sie an der Seite des Lagers steht oder auf dem Bettrand sitzt. Liegt die zu untersuchende Frau auf der Seite, so führt man, hinter dem Rücken derselben stehend, den Zeigefinger von hinten in die Scheide ein.

In einzelnen sehr seltenen Fällen, z. B. wenn man mit dem Zeigefinger allein nicht hoch genug reicht, oder wenn das Becken ausgemessen werden soll, jedoch fast ausschließlich während der Geburt, hat man auch wohl die innere Untersuchung mittelst des in die Scheide eingeführten Zeige- und Mittelfingers, oder der letzten vier Finger (der sog. halben Hand), ja sogar mittelst der ganzen Hand vorzunehmen. Die halbe oder ganze Hand legt man dazu aber möglichst kegelförmig zusammen, um allmälig und ohne viel Schmerz zu verursachen in die Scheide einzudringen.

Ausnahmsweise z. B. bei verschlossener Scheide, schmerzhafter Anschwellung der Schamlippen, und wo es gilt, einen hinter der Gebärmutter liegenden Körper zu befühlen, untersucht man auch mit dem in den Mastdarm eingeführten Zeigefinger.

§. 51.

Während die Aufgabe der äußeren Untersuchung vorzüglich die Erkenntniß der Beschaffenheit des Gebärmutterkörpers und Grundes hinter der Bauchwand, sowie des Inhaltes dieser Theile im Zustande der Schwangerschaft z. B. der Lage und Größe der Frucht ist, hat die innere Untersuchung die verschiedene Beschaffenheit des Scheideneinganges, der Scheide, des Scheidentheils, des bei Schwangeren vorliegenden Kindestheils und der übrigen Beckeneingeweide zu erforschen.

Eine besondere, wichtige, aber von der Hebamme nur annähernd zu lösende Aufgabe der geburtshilflichen Untersuchung ist die Beckenmessung. Zu diesem Zweck legt man theils die eine Hand auf die Kreuzgegend, die andere auf den Schamberg, ferner auf die beiden Hüften, und schätzt so den Abstand der genannten Theile von einander, oder erkennt deren ungewöhnliche Bildung z. B. die mehr oder weniger beträchtliche Vertiefung der Kreuzgegend, die schnabelförmige Hervorragung der Schamfuge u. s. w. Theils sucht man mit dem in die Scheide eingeführten Zeige-, oder mit Zeige- und Mittelfinger

zugleich den Vorberg zu erreichen; gelingt dieß ohne besondere Anstrengung, so ist das Becken in dem geraden Durchmesser des Einganges beträchtlich verengt. Ebenso beurtheilt man durch Einführung von 2 oder 4 Fingern in die Scheide die Weite des Beckenausganges. Häufige Uebung und stete Aufmerksamkeit auf die betreffenden Verhältnisse können allerdings einigen Werth dem Ergebniß dieser Untersuchung verschaffen; dennoch bilde sich die Hebamme in gedachter Beziehung nicht zu viel auf ihre Geschicklichkeit ein, sondern ziehe bei allen Abweichungen von dem Regelmäßigen einen Geburtshelfer zu, welchem zu Ausmessung des Beckens bestimmte Instrumente zu Gebote stehen. — Zu empfehlen ist, daß die Hebamme ein Meßband mit sich führt um den Umfang des Leibes oder des Beckens zu messen.

§. 52.

Für die geburtshülfliche Untersuchung mittelst der Hände gelten im Allgemeinen folgende Regeln:

1) Die Hebamme muß sich gewöhnen, ebensowohl mit der rechten, wie mit der linken Hand äußerlich, wie innerlich zu untersuchen.
2) In der Regel sind die Hände vor der Untersuchung zu erwärmen.
3) Vor und nach jeder inneren Untersuchung sind die Hände sorgfältig zu waschen, da krankmachende Stoffe auf die Scheide u. s. w. übertragen, leicht schwere Erkrankungen hervorrufen können.
4) Der in die Geschlechtstheile einzuführende Finger muß, auch zum Schutz der Hebamme, vorher mit einem milden Oel oder Fett bestrichen sein.
5) Mit einem Finger, an welchem sich frische Wunden befinden, nehme man die innere Untersuchung nicht vor, eben so wenig mit Fingern, an welchen Warzen oder Schwielen u. s. w. sich finden; auch ist es nöthig, daß die Fingernägel gehörig beschnitten sind.
6) Unter Umständen ist es nothwendig, vor der Untersuchung den Urin und den Koth, letzteren auch wohl mittelst eines Klystiers entleeren und die Geschlechtstheile abwaschen zu lassen.
7) Zur Schonung des weiblichen Schamgefühls entferne man vor der Untersuchung alle unnöthigen Zuschauer, entblöße die Geburtstheile so wenig als möglich, und beachte überhaupt den größten Anstand.
8) Bevor man zur Untersuchung schreitet, überlege man, welche Auf-

gabe im einzelnen Falle sich darbietet, damit man die Untersuchung nicht allzulang auszudehnen hat. Im Nothfalle wiederhole man dieselbe nach einiger Zeit.

9) Ueber das Ergebniß der Untersuchung spreche sich die Hebamme nicht früher aus, bis sie alle Verhältnisse gehörig erwogen hat, und einen Zweifel über den Befund nicht mehr hegt. Wo die Hebamme nicht klar wurde über das Ergebniß, da verlange sie die Wiederholung der Untersuchung durch einen Arzt.

§. 53.

Die Untersuchung mittelst des Gesichts besteht nicht allein in der genauen Besichtigung der äußeren Körperformen, des Ganges und der Haltung einer Frau, sowie der äußeren Geschlechtstheile und der Brüste, sondern kann in manchen Fällen, zumal bei Erkrankungen der Scheide und des Scheidentheils auch auf diese ausgedehnt werden müssen. Zu diesem Zweck hat man außer manchen anderen Instrumenten den sogen. Mutterspiegel, entweder eine verschieden weite Röhre von Milchglas oder Metall oder einen, löffelähnlichen Haken erfunden, dessen Einführung die Hebamme erlernen muß.

Endlich kann die Hebamme auch mit dem auf den Unterleib einer Schwangeren aufgelegten Ohr die Herztöne der Frucht sowie ein Adergeräusch in der schwangeren Gebärmutter während der späteren Monate der Schwangerschaft hören. Siehe §. 63. 76. —

Bei der hohen Bedeutung, welche die Kenntniß von der Körperwärme vieler Kranken, zumal im Wochenbett hat, mag die Hebamme auch das Messen derselben mit dem Thermometer erlernen. Der Lehrer wird dazu die nöthige Anleitung geben.

Zweiter Theil.

Von der gesundheitgemäßen Schwangerschaft, Geburt und Säugung, sowie von den Aufgaben der Hebamme bei diesen Vorgängen.

I. Abschnitt.

Von der gesundheitgemäßen Schwangerschaft und von dem, was die Hebamme dabei zu rathen und zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von der Schwangerschaft im Allgemeinen, deren Begriff, Eintheilung und Dauer.

§. 54.

Schwangerschaft nennt man denjenigen Zustand einer Frau, welcher durch die Entwickelung eines befruchteten Eies in ihrem Körper hervorgerufen wird; er beginnt mit der Empfängniß, und endigt mit der Geburt.

Empfängniß ist die Folge einer fruchtbaren Begattung, d. h. einer solchen, bei welcher der in den Gebärmutterkanal gespritzte männliche Samen dort, oder in den Mutterröhren bis zu den Eierstöcken mit einem ausgetretenen reifen Ei in unmittelbare Berührung kommt. Das auf diese Weise befruchtete Ei wird alsdann, wenn es nicht schon vorher in der Gebärmutterhöhle angelangt war, in der Regel durch die Mutterröhre zu der Gebärmutterhöhle geleitet, und hier weiter entwickelt. Dabei erfährt die Gebärmutter selbst allmälig diejenigen Veränderungen, welche sie geeignet machen, nicht allein die Entwickel-

ung des Eies zu fördern, sondern auch dasselbe auszustoßen, zu gebären, während gleichzeitig die Brüste für die fernere Ernährung der Frucht vorbereitet werden.

§. 55.

Die Zeit, in welcher diese Entwickelungsvorgänge sowohl an dem Ei, wie an der Gebärmutter zu Stande kommen, ist 280 Tage, also 40 Wochen, oder 10 Schwangerschaftsmonate, d. h. 10 vierwöchentliche Perioden, wie sie auch bei der monatlichen Reinigung Statt zu finden pflegen. Ungenauer ist die im Volke übliche Annahme von 9 Sonnen- oder Kalendermonaten für die Dauer der Schwangerschaft, indem bei der wechselnden Länge derselben (28—31 Tage) durchschnittlich 7 bis 8 Tage hinzugerechnet werden müssen, um jene Zeit richtig zu bestimmen.

§. 56.

Geht eine Schwangerschaft in solcher Weise von Statten, daß die Mutter und das Ei sich ungestört entwickeln, d. h. daß in dem befruchteten in die Gebärmutterhöhle gelangten Ei eine Frucht und die zu derselben gehörigen Gebilde ebenso, wie die mütterlichen bei der Schwangerschaft, Geburt und Säugung in Betracht kommenden Theile innerhalb der gehörigen Zeit und dergestalt sich ausbilden, wie es das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mutter und des Kindes erheischen, so nennt man diese Schwangerschaft eine *gesundheitgemäße*, wenn die Mutter oder das Ei, insbesondere die Frucht die Gesundheit störende Entwickelungen zeigen, eine *fehlerhafte*.

§. 57.

Wird nur *eine* Frucht ausgebildet, wie es die Regel ist, so heißt die Schwangerschaft eine *einfache*, erhalten hingegen *mehrere* Früchte neben einander ihre Ausbildung im Mutterleibe, so nennt man die Schwangerschaft eine *mehrfache*, Zwillings-, Drillings-, Vierlingsschwangerschaft u. s. w.

Zweites Kapitel.

Von den Veränderungen, welche während der Schwangerschaft im mütterlichen Körper vor sich gehen.

§. 58.

Sobald als ein befruchtetes Ei im weiblichen Körper sich befindet, treten mannigfaltige, zum Theil sehr auffallende Veränderungen sowohl in dem allgemeinen Befinden der Mutter, als auch, und ganz besonders in den Geschlechtstheilen und deren nächster Umgebung hervor.

Die schwangere Frau erscheint oft völlig umgestimmt; während sie bis dahin heiter und munter war, wird sie mit dem Beginn der Schwangerschaft ernst und betrübt, weint viel, oder auch umgekehrt, die Schwangere wird heiter und muthig; eine früher schwächliche, kränkliche Frau befindet sich nicht selten vom Beginn der Schwangerschaft an wohl und ist weniger empfindlich, als vorher. Manche Frauen werden in der Schwangerschaft heftig, jähzornig, zanksüchtig, andere vergeßlich.

Zugleich stellen sich häufig Uebelkeiten, Ekel, Gelüste ein; es kommt nicht selten zum Erbrechen, bald blos am frühen Morgen, bald aber auch nach allen Genüssen im Laufe des Tages. Viele Schwangere haben an Kopf- und Zahnschmerzen, Rücken- und Kreuzschmerzen schon vom Anfang ihres Zustandes an zu leiden. Bei anderen schwellen die Adern an den Beinen zu blauen Strängen und Knoten, unpassend Krampf- oder Wehadern genannt, an. Viele Frauen, besonders die dunkelhaarigen zeigen braune Flecken im Gesicht und längs der Mittellinie des Bauches herab. — Während alle Schwangere um die Lenden- und Beckengegend stärker werden, magern einige um die Schultern und im Nacken ab. Häufig stellen sich Anschwellungen der Füße und Beine bei Schwangeren ein.

Diese Veränderungen im Allgemeinbefinden und an dem Körper der Schwangeren abgesehen von den Geschlechtstheilen sind jedoch keineswegs bei allen Frauen in gleicher Weise zugegen, und zeigen sich bei verschiedenen Frauen sehr verschieden ausgeprägt, weshalb sie unwesentliche, zufällige Erscheinungen der Schwangerschaft genannt werden.

§. 59.

Wesentlich und nothwendig sind dagegen diejenigen Veränderungen, welche an den Geschlechtstheilen, und zwar vorzüglich an der Gebärmutter auftreten, indem sich hier die eigentliche Entwickelungsstätte des Eies befindet.

Nach der Befruchtung werden die Adern der Gebärmutter und Scheide allmälig weiter. Die Scheide zeigt daher eine im Verlauf der Schwangerschaft immer deutlicher hervortretende bläuliche Färbung. Die Schleimhaut, welche die Gebärmutterhöhle auskleidet, wird zu einer mehr als linienbicken, aderreichen Haut entwickelt, die man, weil sie mit dem vorzeitig ausgestoßenen Ei abzugehen pflegt, zu den Eihäuten gezählt, und der vielen kleinen zumal auf der glatten Innenfläche sichtbaren Löcher wegen, die Siebhaut, oder weil sie im Laufe der Schwangerschaft allmälig dünner wird und schwindet, die hinfällige Haut genannt hat. In diese weiche blutreiche Haut senkt sich das aus der rechten oder linken Mutterröhre hervortretende befruchtete Ei hinein, und erlangt dadurch seine Befestigung, sowie seine Verbindung mit den mütterlichen Blutadern, indem von seiner ganzen Oberfläche unzählige kleine Zotten wie Würzelchen hervorsprossen und in die mütterlichen Adern hineindringen. Der Mutterhalskanal wird durch einen während der ersten Monate der Schwangerschaft abgesonderten zähen Schleimpfropf verschlossen. — Mit diesen Veränderungen, sowie mit dem Aufhören der Eibildung in den Eierstöcken hängt es zusammen, daß die monatliche Reinigung während der Schwangerschaft ausbleibt.

Aber auch die übrigen Gewebe der Gebärmutterwände werden auffallend entwickelt. Sowohl die früher mit bloßem Auge kaum sichtbaren Adern derselben werden bis zur Federspulstärke erweitert, als auch die Muskelfasern, die im nicht schwangeren Zustande kaum nachweisbar sind, erlangen eine sehr beträchtliche Größe und Stärke. Dadurch erscheinen die Wände der Gebärmutter zwar weicher und nachgiebiger als früher, aber dennoch der kräftigsten Zusammenziehung fähig.

In Folge aller dieser Entwickelungen zeigen die Gebärmutterwände, die im nicht schwangeren Zustande 7—11 Millimeter = 3 bis 5 Linien dick sind, bei Schwangeren ein auffallendes Wachsthum, so daß sie nach Ausstoßung des Eies zumal am Muttergrund bisweilen eine Dicke von 27 Millimeter = 12 Linien haben, und das

Gewicht der Gebärmutter von 32 Grammen bis zu 750 Grammen = ein und ein halbes Pfund und darüber zunimmt.

Die Gestalt der Gebärmutter wird in den ersten sechs Monaten der Schwangerschaft so verändert, daß der zunächst entwickelte Gebärmutterkörper einer von vorn nach hinten platt gedrückten Kugel gleicht, an deren unterem Ende der bis dahin weniger veränderte Mutterhals als ein rundlicher Zapfen hängt.

Vom siebenten Monate an, bald früher bald später, nimmt der Längendurchmesser des Gebärmutterkörpers erheblich zu, so daß seine das wachsende Ei bergende Höhle allmälig eine von vorn nach hinten plattgedrückte Eiform mit weiterem oberen, und spitzerem unteren Ende darstellt. Der Scheidentheil erscheint dabei bald verkürzt, als zierliches Zäpfchen, bald als dicker wulstiger Zapfen. Die Gebärmutter erreicht am Ende der Schwangerschaft 32—38 Cm. = 12—14 Zoll Länge, 21—24 Cm. = 8—9 Zoll Breite und 16—19 Cm. = 6—7 Zoll im Durchmesser von vorn nach hinten.

Mit diesen Veränderungen der Gestalt der Gebärmutter wird auch die Lage derselben merklich abgeändert; während der Längendurchmesser der nicht schwangeren Gebärmutter dem oberen Theil der Mittellinie des Beckens entsprechend liegt, sinkt sie zu Anfang der Schwangerschaft etwas herab, erscheint später wieder höherstehend und mit dem Muttergrunde stark nach vorn gerichtet, unmittelbar hinter den Bauchdecken, während der Scheidentheil mehr und mehr der hinteren Beckenwand zugekehrt wird. —

Die einzelnen, mit dem Wachsthum des in der Gebärmutterhöhle sich entwickelnden Eies innig zusammenhängenden, allmäligen Veränderungen der Größe, Gestalt und Lage der Gebärmutter, insbesondere des Scheidentheils mögen unter Hinzufügung der Veränderungen der äußeren Geschlechtstheile und deren Umgebung, sofern dieselben bei der Untersuchung wahrgenommen werden können, in ihrer bestimmten Reihenfolge nach den einzelnen Schwangerschaftsmonaten, d. h. von 4 Wochen zu 4 Wochen hier folgen, da ihre genaue Kenntniß für die Hebamme von großer Wichtigkeit ist.

§. 60.

Am Ende der ersten vier Wochen der Schwangerschaft findet man den Scheidentheil aufgelockert, die vordere Muttermundslippe verkürzt und gleich lang mit der hinteren. Der bisher querspaltige

Muttermund verwandelt sich zumal bei Erstgebärenden meist in ein rundes, geschlossenes Grübchen, ähnlich, wie dies kurz vor dem Eintritt der monatlichen Reinigung Statt findet. Zugleich sind die äußeren Geschlechtstheile oft etwas geschwollen, die Scheide aufgelockert und wärmer, und die Frauen klagen bisweilen über das Gefühl der Auftreibung des Leibes, sowie über Beschwerden beim Urinlassen und über Stuhlverstopfung.

§. 61.

Um die achte Woche der Schwangerschaft findet man den Scheidentheil oft etwas tiefer herabgesunken, dabei den Muttermund gewöhnlich ein wenig nach vorn gegen den Scheideneingang gerichtet, so daß man nicht selten den bereits ausgedehnten Mutterkörper hinter dem Scheidentheil durch das Scheidengewölbe hindurch fühlen kann. Der Bauch erscheint in dieser Zeit platter, als früher und der Nabel eingezogen. Auch die Brüste beginnen anzuschwellen und fühlen sich voller an, die Brustwarzen treten mehr hervor und der Hof darum färbt sich allmälig dunkler.

§. 62.

Im Laufe des dritten Monats der Schwangerschaft, d. h. zwischen der neunten und zwölften Woche, steht der Scheidentheil wiederum höher im Becken, und der Muttermund nach hinten gegen die Kreuzbeinaushöhlung gerichtet. Vor dem Scheidentheile fühlt man gewöhnlich bereits zu Anfang dieses Monats, wie in dem folgenden die ausgedehnte vordere Gebärmutterwand durch das Scheidengewölbe als eine runde, ziemlich feste Anschwellung von der Größe einer halben Nuß bis eines halben Eies. Die Hüftgegend und die Gegend um den Schamberg wird voller, stärker, der Nabel härter und fester. Die äußeren Geschlechtstheile beginnen mehr anzuschwellen und die Scheidenschleimhaut zeigt eine dunklere, bläuliche Färbung.

§. 63.

Zwischen der zwölften und sechszehnten Woche, also im vierten Schwangerschaftsmonate, bleibt die Stellung des Scheidentheils und die Ausdehnung des Mutterkörpers, so weit man denselben durch das Scheidengewölbe wahrnehmen kann, ziemlich so, wie im vorigen Monate. Dagegen gelingt es jetzt nicht selten, zumal bei mageren

Frauen, wenn man dieselben sich auf den Rücken legen und die Beine anziehen läßt, den mehr und mehr ausgedehnten Muttergrund gleich dem Abschnitt einer Kugel über den Schambeinen hinter den Bauchdecken zu fühlen. Legt man das Ohr an den Unterbauch, so hört man bisweilen schon von diesem Monate an ein tactmäßiges, mit dem Pulse der Mutter gleichzeitiges, meist 60 bis 70mal in der Minute wiederkehrendes Rauschen, das Gebärmuttergeräusch, welches von dem in größerer Menge durch die erweiterten und mehr geschlängelten Adern der Gebärmutter hindurchströmenden Blute veranlaßt wird.

§. 64.

Im fünften Schwangerschaftsmonate, also bis zur zwanzigsten Woche, steigt der Scheidentheil immer höher im Becken empor, erscheint dabei verkürzt und mehr aufgelockert, als bis dahin. Die vordere Wand des ausgedehnten Mutterkörpers ist jetzt in der Regel nicht mehr durch das Scheidengewölbe zu erreichen. Dagegen fühlt man den Muttergrund in dem ausgedehnten Unterbauch bereits in der Mitte zwischen den Schambeinen und dem Nabel. Dieser beginnt zu verstreichen, d. h. seine Grube wird flacher.

§. 65.

Um die vierundzwanzigste Woche, also im sechsten Monate der Schwangerschaft, pflegt der Muttergrund zumal bei Erstgebärenden die Höhe des Nabels erreicht zu haben. Die Nabelgrube verschwindet dabei mehr und mehr. Der Scheidentheil ist nicht selten von einer ringförmigen Falte des Scheidengewölbes umgeben, durch welche derselbe bisweilen kürzer erscheint als sogar in dem folgenden Monat, während die Scheide ihre Runzeln allmälig einbüßt. Die anschwellenden, nicht selten schmerzhaft spannenden Brüste, aus deren Warzen man oft schon um diese Zeit einige Tropfen heller Flüssigkeit ausdrücken kann, zeigen bei Frauen mit zarter weißer Haut bisweilen schon jetzt bläuliche von den ausgedehnten Adern herrührende Streifen. An dem Hofe der Warzen bemerkt man außer der dunkeln Färbung, welche am Rande oft tupfig auftritt, regelmäßig eine Anzahl kleiner Knötchen, angeschwollene Hautdrüschen.

§. 66.

Im siebenten Schwangerschaftsmonate, oder bis zur achtund-

zwanzigsten Woche, findet man den unmittelbar hinter den Bauchdecken liegenden Muttergrund zwei Querfingerbreit über dem Nabel, dessen Grube jetzt verschwunden oder verstrichen ist, während der Mittelbauch seine stärkste Wölbung erlangt. Durch die Ausdehnung der Bauchhaut bilden sich oberhalb der Leistengegenden kleine, bei zum ersten Mal Schwangeren röthliche Streifen, welche nach dem Wochenbett als weißliche narbenähnliche Fältchen hinterbleiben. — Die auf den Unterleib der Schwangeren aufgelegte flache Hand pflegt von jetzt an, wenn nicht schon früher, die Bewegungen der Frucht deutlich wahrzunehmen. — Durch das Scheidengewölbe kann man um diese Zeit in der Regel das Köpfchen der Frucht vor dem verkürzten aufgelockerten Scheidentheile fühlen.

§. 67.

Um die zweiunddreißigste Woche, oder im achten Schwangerschaftsmonate, steigt der Muttergrund in die Mitte zwischen Nabel und Magengrube, (Herzgrube) empor, wodurch der Nabel etwas hervorgetrieben wird. Zugleich pflegt der Muttergrund nach der rechten Seite sich zu neigen, und dabei die ganze Gebärmutter so gedreht zu sein, daß deren vordere Wand ein wenig nach rechts sieht, und der linke Winkel fast des Gebärmutterkörpers hinter die Mitte der Bauchdecken zu liegen kommt. Weit seltener findet das Umgekehrte Statt. — Der Scheidentheil stellt sich als ein kurzer Zapfen dar, welcher nach der Kreuzbeinaushöhlung und meist etwas linkshin gerichtet ist.

§. 68.

Mit der sechsunddreißigsten Woche, also im neunten Schwangerschaftsmonate, erreicht der immer höher steigende Gebärmuttergrund bei zum ersten Male Schwangeren gewöhnlich die Magengrube selbst. Der Oberbauch erscheint sehr stark ausgedehnt, und die Schwangeren klagen in der Regel über große Beschwerden z. B. Stechen in der Lebergegend sowohl beim Sitzen, als beim Liegen, vorzüglich aber beim Treppensteigen. Der Nabel tritt gleich einer Blase hervor. Den, bei zum ersten Male Schwangeren in einen flachen Hügel mit einem Grübchen (dem Muttermund) umgewandelten, Scheidentheil findet man an dem, vom vorliegenden Kindskopfe herabgedrängten, Scheidengewölbe stark nach hinten emporgezogen. Der Muttermund ist

deshalb und wegen ſeines hohen Standes jetzt nicht ſelten ſchwer zu erreichen. Bei Frauen, welche bereits geboren haben, pflegt der Scheidentheil ein derber langer Zapfen zu bleiben, deſſen äußerer Muttermund um dieſe Zeit regelmäßig geöffnet die unterſuchende Fingerſpitze eindringen läßt.

Fig. 9.

Fig. 9. Senkrechter Durchſchnitt der hochſchwangeren Gebärmutter nebſt Bauch- und Beckenhöhle.

§. 69.

Gegen die vierzigste Woche, also am Ende des zehnten Schwangerschaftsmonats, findet man den Muttergrund wieder in die Mitte zwischen Magengrube und Nabel herabgesunken, aber mehr nach vorn geneigt, also den Unterleib stärker vorgetrieben. Diese Senkung des Muttergrundes erfolgt bisweilen unter absatzweisen, besonders zur Abendzeit sich einstellenden Schmerzen im Kreuz, den sogenannten Stellwehen, welche unerfahrene Erstschwangere nicht selten zu der Meinung verleiten, die Geburt beginne. Der blasen- oder thurmartig hervorgetriebene Nabel wird nach oben gerichtet, und die Oberbauchgegend flacher, so daß freier die Beängstigungen und Beklemmungen der Schwangeren nachlassen. Die äußeren Geschlechtstheile, zumal die großen Schamlippen schwellen merklich an, die Scheide erscheint schlaffer und sehr ausdehnbar; nicht selten ist die angeschwollene Harnröhre als ein dicker Wulst im Scheideneingang zu fühlen. Der vorliegende Kindskopf tritt um diese Zeit in der Regel von dem unteren Gebärmutterabschnitt und dem vorderen Theile des Scheidengewölbes, wie von einer Kappe bedeckt, tiefer in das Becken herab, während der Muttermund häufig hoch nach hinten emporgezogen bleibt. In Folge des mit dieser Senkung der ausgedehnten Gebärmutter in's Becken eintretenden Druckes auf die Muskeln und Nerven im Becken, so wie der gleichzeitig bisweilen Statt findenden Auflockerung der Beckenfugen wird der Schwangeren das Gehen oft recht beschwerlich.

§. 70.

In der soeben beschriebenen Weise gehen die Veränderungen der weiblichen Geschlechtstheile und ihrer Umgebung in der Regel bei zum ersten Male Schwangeren (Erstgebärenden) vor sich; bei solchen, die schon ein oder mehrere Male geboren haben, (Mehrgebärenden) steigt der Muttergrund wegen der vorausgegangenen Erschlaffung der Bauchdecken gewöhnlich nicht so hoch empor, ragt dagegen oft beträchtlich vorn über und bildet so einen Hängebauch; der Scheidentheil bleibt längere Zeit, ja bis zur Geburt ein dicker wulstiger Zapfen; die gewöhnlich mehrfach eingekerbten Mutterlippen lockern sich zwar zeitig auf, verstreichen aber nicht ganz, und der Muttermund bleibt oft eine unregelmäßige Querspalte. Der äußere Muttermund, welcher sich bisweilen schon im siebenten Monat öffnet,

läßt später nicht selten die Fingerspitze in den Mutterhalskanal, wie in einen Fingerhut eindringen. In den letzten vier bis sechs Wochen gelingt es sogar nicht selten den untersuchenden Finger bis zu den Eihäuten und dem dahinter liegenden Kindestheil vorzuschieben. Der vorangehende Kindestheil senkt sich endlich bei Mehrgebärenden oft nicht so tief in das Becken herein, und erscheint daher bisweilen weniger feststehend, als dies bei zum ersten Male Schwangeren in den letzten Wochen der Fall zu sein pflegt.

Drittes Kapitel.

Von dem menschlichen Ei.

§. 71.

Das menschliche Ei, welches bei dem Austritt aus seinem Bläschen im Eierstock weit kleiner ist als ein Senfkorn, wächst nach der Befruchtung in kurzer Zeit so, daß es am Ende der ersten vier Wochen die Größe einer Haselnuß, und in der achten die eines Hühnereies erreicht; am Ende der Schwangerschaft, also nach vierzig Wochen, ist dasselbe über Mannskopf groß und wiegt gewöhnlich 5—6,5 Kilogrammen = zehn bis dreizehn Pfund. Das reife Ei besteht aus den Eihäuten, dem Fruchtwasser, dem Mutterkuchen, der Nabelschnur und der Frucht.

§. 72.

Sobald das befruchtete Ei aus der Mutterröhre in die Gebärmutterhöhle gelangt, wird es, wie schon §. 59 erwähnt, von einer Falte der entwickelten Schleimhaut aufgenommen und von derselben, wie von einer äußersten Hülle umgeben (Fig. 10.), so daß das in den ersten Monaten ausgestoßene Ei anscheinend drei Eihäute zeigt:

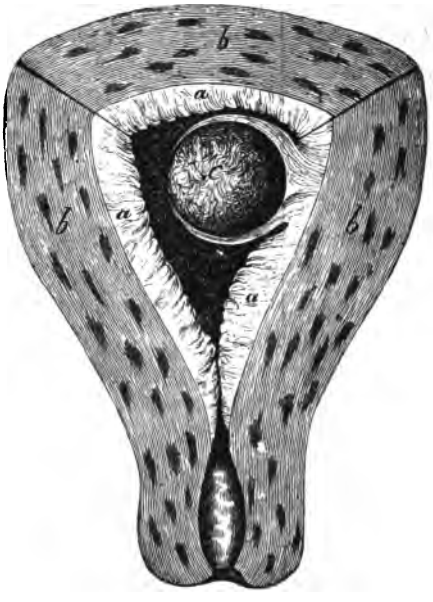
1) die äußere glatte, oft auch noch in größeren oder kleineren Lappen herabhängende hinfällige Haut (S. §. 37),

2) die in dieser Zeit ringsum mit zahlreichen Zotten besetzte Leder- oder Zottenhaut, und

3) die glatte durchsichtige Wasser- oder Schafhaut.

Da der erstgenannte Ueberzug aber von der Gebärmutter stammt und im Lauf der Schwangerschaft so verschwindet, daß man am reifen Ei nur geringe nicht zusammenhängende Reste derselben nachzuweisen vermag, so kann man genau genommen nur zwei Eihäute zugeben:

Fig. 10.



1) die Lederhaut, auf deren ursprünglich glatter Oberfläche in den ersten Wochen der Schwangerschaft zahlreiche kleine Zotten hervorsprossen, welche in die wuchernde Schleimhaut der Gebärmutterhöhle eindringen und die erste Nahrung dem Ei zuführen. Später verschwinden diese Zotten bis auf diejenige Stelle, an welcher sich der Mutterkuchen bildet;

2) die Wasserhaut oder Schafhaut liegt innerhalb der Lederhaut, ist am Ende der Schwangerschaft mit dieser theilweise, selten durchweg innig verwachsen, selbst aber zart, glatt und durchsichtig, und enthält das wahre Fruchtwasser, die Frucht und die Nabelschnur.

§. 73.

Das wahre Fruchtwasser, auch Schafwasser genannt, umspült die Frucht und die Nabelschnur unmittelbar; es ist im Anfang ganz klar, wird gegen die Mitte der Schwangerschaft trübe oder molkenähnlich, und zuletzt mit weißen Flocken, welche von der Haut der Frucht abgesondert werden, gemischt. Es hat einen eigenthümlichen faden Geruch, steift die Leinwand, und färbt sie gelblich. Seine

Fig. 10. Durchschnitt einer schwangeren Gebärmutter mit dem Ei um die vierte Woche, a entwickelte Schleimhaut, sogenannte hinfällige Haut, b verdickte Muskelschicht, c Ei mit den Zotten der Lederhaut.

Menge beträgt zur Zeit der Geburt in der Regel $^1/_2$—$1^1/_2$ Kilogrammes = 1 bis 3 Pfund, bisweilen weit mehr. In einzelnen Fällen ſieht das bei der Geburt abgehende Fruchtwaſſer von beigemiſchtem Kindspech gelb oder grünlich aus, und riecht auch wohl ſehr übel, ohne daß damit nothwendig ein Nachtheil für Mutter und Kind zuſammenhängt, obſchon in der Regel das Leben der Frucht alsdann bedroht war. —

Nicht ſelten findet auch eine Waſſeranſammlung zwiſchen den oft von einander getrennten Eihäuten Statt, und dieſes hellfarbige, und geruchloſe Waſſer nennt man das falſche Fruchtwaſſer. Daſſelbe geht im Anfang der Geburt oder kurz zuvor durch den Muttermund und die Scheide ab.

Fig. 11.

Fig. 11. Menſchliches Ei aus dem fünften Monate der Schwangerſchaft nach Zerreißung der äußeren Eihäute. a Theile der hinfälligen Haut, b Lederhaut, c Waſſerhaut, darin die Frucht, d Mutterkuchen.

§. 74.

Der Mutterkuchen ist am Ende der Schwangerschaft ein plattes, schwammiges, meist länglich rundes Gebilde, gewöhnlich 370—500 Gramm = $^3/_4$ bis 1 Pfund schwer, 16—21 Cm. = 6 bis 8 Zoll lang, und in der Mitte gegen 2,7 Cm. = einen Zoll dick, flacht sich aber nach dem Rande hin etwas ab. Seine äußere, unebene, durch Furchen scheinbar in einzelne Lappen getheilte Oberfläche ist gewöhnlich an dem einen oder anderen Seitenrand oder an der vorderen oder hinteren Wand der Gebärmutterhöhle befestigt und zwar so, daß sein unterer Rand durchschnittlich nur 5—10 Cm. = 2 bis 4 Zoll vom inneren Muttermund entfernt ist. Die innere Fläche des Mutterkuchens ist glatt, von der Lederhaut und Wasserhaut überzogen. Auf dieser Innenfläche, bald mehr nach der Mitte zu, bald mehr am Rande, bemerkt man die Einsenkungsstelle oder die Wurzel der Nabelschnur, welche in einzelnen Fällen sich jedoch auch wohl an den Eihäuten befindet.

In seltenen Fällen ist der Mutterkuchen in zwei meist ungleiche Hälften gespalten. Den kleineren, mit dem größeren, dem Hauptkuchen durch die Eihäute und Aderzweige verbundenen Theil nennt man den Nebenkuchen.

Der Mutterkuchen bildet sich im zweiten und dritten Schwangerschaftsmonat an der Außenfläche der Lederhaut aus demjenigen Theil der Zotten derselben, welche unmittelbar an der Wand der Gebärmutterhöhle haften. In diese Zotten wachsen zu Anfang des zweiten Monats die aus dem Unterleibe der Frucht mittelst des Nabelstranges zu der Lederhaut gelangenden Endschlingen der kindlichen Adern hinein, während andererseits die erweiterten Adern der inneren Oberfläche der Gebärmutterhöhle diese Zotten umspinnen und aufnehmen.

Der Mutterkuchen vermittelt vom dritten Monate an die Ernährung und das Wachsthum der Frucht, indem die feinen Endschlingen der Adern des Kindes, welche daselbst von den mütterlichen Adern auf das Innigste umgeben sind, das Blut der Frucht in die nächste Berührung mit dem Blute der Mutter bringen, so daß, obschon ein unmittelbarer Uebergang des beiderseitigen Blutes in einander nicht Statt findet, doch ein Austausch gewisser Bestandtheile vor sich gehen kann. Dabei werden sowohl Stoffe, welche zur Er-

nährung der Frucht nicht mehr tauglich sind aus deren Blute entfernt, als auch neue für die Ernährung der Frucht nöthige Stoffe in den Kreislauf derselben aufgenommen.

§. 75.

Der Nabelstrang oder die Nabelschnur ist ein strangartiges Gebilde, welches zahlreiche Windungen zeigt und entsprechend der zunehmenden Größe des Kindes wächst, so daß er zur Zeit der Reife die Länge von 48 — 64 Cm. = 18 bis 24 Zoll, und die Stärke eines kleinen Fingers zu haben pflegt. Der Nabelstrang vermittelt die für das Leben der Frucht so wichtige Verbindung zwischen der Frucht und dem Mutterkuchen, entspringt am Bauche der Frucht, senkt sich in die innere Fläche des Mutterkuchens ein, und besteht 1) aus einer glatten Umhüllungshaut, der Nabelschnurscheide, 2) aus einer gallertartigen Masse, Sulze genannt, und 3) aus den um einander gewundenen Blutgefäßen, zwei Pulsadern, welche das Blut aus dem Unterleibe der Frucht zum Mutterkuchen hinführen, und den kindlichen Pulsschlag zeigen, und einer weiten Blut- oder Holader, in welcher das dort umgewandelte Blut zum Kinde zurückkehrt.

Ebenso wie die Länge der Nabelschnur sehr verschieden ist und zwischen 3 und 60 Zoll schwankt, wechselt auch die Dicke derselben, indem man sie, je nachdem mehr oder weniger Sulze darinnen abgesetzt ist, von der Stärke einer schwachen Schnur bis zu der eines Mannesdaumens gefunden hat. Die erstere nennt man eine magere oder Blutnabelschnur, die andere eine fette. Hervorragungen an derselben, welche entweder von stellenweiser Anhäufung der Sulze oder von hervortretenden Windungen der Adern herrühren, heißeu falsche Knoten, im Gegensatz zu den wahren, welche durch Verschlingungen des Nabelstrangs bedingt sind. —

Der Nabelstrang, der Mutterkuchen und die Eihäute zusammen, heißen, weil sie gewöhnlich erst nach der Geburt des Kindes ausgestoßen werden, die Nachgeburt.

§. 76.

Die Frucht, welche im weiteren Verlauf der Schwangerschaft bis auf die durch den Nabelstrang vermittelte Verbindung mit dem Mutterkuchen völlig frei in dem wahren Fruchtwasser sich entwickelt, erscheint am Ende des ersten Monats ähnlich einer Ameise, gleichsam

aus zwei Bläschen, dem Kopf und dem Rumpf zusammengesetzt. Erst im Lauf des zweiten Monats kann man an dem einen Bläschen die Gliedmaßen deutlich unterscheiden. Die Länge der Frucht beträgt dann etwa 3,27 Cm. = 1 Zoll. Am Ende des dritten Monats zeigt die 32 Grammen = zwei Loth schwere, 8 Cm. = drei Zoll lange Frucht bereits die menschliche Gestalt, und an den Gliedmaßen unterscheidet man die Finger und Zehen, am Kopfe die bereits ausgebildeten Augen-, Mund-, Nasen-, und Ohröffnungen. Die Geschlechtstheile lassen sich jedoch erst im vierten Monat, in welchem die Frucht, vom Scheitel bis zum Steiß gemessen, 10 Cm. (etwa 4 Zoll) lang wird, bestimmt unterscheiden.

Um die Mitte der Schwangerschaft, also mit fünf Monaten wiegt die Frucht 250—330 Grammen (15 bis 20 Loth), und mißt vom Scheitel bis zum Steiß nahezu 24 Cm. = 9 Zoll, bis zu den ausgestreckten Fersen etwa 32 Cm. = 12 Zoll. Ihre Bewegungen werden jetzt so lebhaft und kräftig, daß die Mutter dieselben von dieser Zeit an wahrzunehmen pflegt. Erstgebärende empfinden dieselben oft genau in der zwanzigsten Woche, Mehrgebärende nicht selten drei und mehr Wochen früher. Gleichzeitig entdeckt man gewöhnlich von dieser Zeit an mit dem auf den Unterleib der Schwangeren aufgelegten Ohr die dem Tick Tack einer Taschenuhr ähnlichen Herztöne der Frucht, welche beiläufig 120 bis 160 Doppelschläge in der Minute ergeben.

Im sechsten Monate wird die Frucht vom Scheitel zum Steiß nahezu 27 Cm. = 10, bezüglich 35—37 Cm. = 13—14 Zoll lang, 750—1000 Grammen ($1^1/_2$ bis 2 Pfund) schwer; die Haut erscheint auffallend roth und glänzend. An den Fingern und Zehen beginnen die Nägel entwickelt, und auf der übrigen Haut das Wollhaar und der Käseschleim bemerkbar zu werden.

Im siebenten Monate der Schwangerschaft, um welche Zeit die Frucht 29 Cm. = 11, bezüglich gegen 37 Cm. = 14 Zoll lang wird, und gegen 1500 Grammen (3 Pfund) wiegt, erlangt sie in allen Theilen eine solche Ausbildung, daß sie, obschon noch viel zu ihrer Reife fehlt, von der achtundzwanzigsten Woche an bei sorgsamer Pflege und Abwartung ihr Leben auch außer dem Mutterleibe fortzusetzen vermag, weshalb die Frucht von dieser Zeit an lebensfähig genannt wird. Da die Erhaltung einer 28 Wochen alten Frucht nur selten gelingt, hat das Preußische Gesetz die Lebensfähigkeit erst bei einer 30 Wochen getragenen Frucht angenommen.

Im achten Schwangerschaftsmonat wird die Frucht gegen 32 Cm. = 12, bezüglich 40 Cm. = 15 Zoll lang, und beiläufig 2000 Grammen (4 Pfund) schwer. Die stellenweise noch sehr rothe Haut ist mit einem glänzenden Wollhaar bedeckt. Die Haut über der Pupille ist verschwunden.

Im neunten Monate erreicht die ausgestreckte Frucht 46 Cm. = 17 Zoll Länge und 2500 Grammen (5 Pfund) Gewicht. Die Kopfhaare werden ausgebildet, und das Wollhaar fällt aus.

§. 77.

Nach der sechsunddreißigsten Woche oder nach beendigten neunten Schwängerschaftsmonate nennt man die Frucht reif oder ausgetragen. Am Ende des zehnten Monats oder um die vierzigste Woche mißt ihre Länge vom Scheitel bis zum Steiß 32—35 Cm. = 12—13 Zoll, vom Scheitel zu den Fersen 48—54 Cm. = 18—20 Zoll, ihr Gewicht beträgt 3000—3500 Gramme (6—7 Pfund), bei Mädchen etwas weniger als bei Knaben. Alle Theile des Körpers erscheinen, falls die Frucht gesund ist, gehörig voll und rund, die Haut mäßig roth, in der Regel stellenweise, zumal an den Falten des Halses, der Schenkelbeuge, aber auch am Rücken mit einer weißen, fettigen Masse, Kindes- oder Käseschleim genannt, bedeckt. Die Kopfhaare zeigen eine bestimmte Farbe und 1,5 Cm. d. h. über $^1/_2$ Zoll Länge, die Ohrknorpel eine gewisse Festigkeit, ebenso die Finger- und Zehennägel eine hornartige Härte. Letztere ragen an den Fingern über deren Spitzen hervor.

Der Hodensack ist bei reifen Knaben gerunzelt, nicht mehr auffallend roth, und enthält gewöhnlich beide Hoden. — Bei reifen Mädchen bedecken die großen Schamlippen in der Regel die kleinen. Die Brüste sind etwas hervorragend und enthalten oft eine milchähnliche Flüssigkeit.

Sobald ein ausgetragenes Kind lebend und gesund geboren ist, schreit es alsbald laut auf, bewegt sich kräftig und öffnet die Augen; auch entleert es bald den Urin und den Darminhalt der Frucht, das Kindspech und saugt kräftig an dem dargebotenen Finger, oder an der Mutterbrust.

§. 78.

An dem Kopfe des Kindes unterscheidet man das Schädelgewölbe und das Gesicht. Das Schädelgewölbe oder kurzweg der

Schädel wird von den beiden Stirnbeinen (Fig. 12. d, e), den beiden Scheitelbeinen (Fig. 12 b, c), den beiden Schläfenbeinen (Fig. 13. m) und dem Hinterhauptsbein (Fig. 12. a) gebildet, welche Knochen auch noch bei der reifen Frucht in der Regel etwas beweglich durch sogenannte Nähte unter einander verbunden sind.

Man unterscheidet aber folgende Nähte:

1) die Stirnnaht (Fig. 12. r), welche von der Nasenwurzel aus über die Mitte der Stirn zwischen den beiden Stirnbeinen hinläuft;

2) die Kronennaht (Fig. 13. n), die quer über die vordere Hälfte des Schädels vorläuft und die Stirnbeine von den Scheitelbeinen scheidet,

3) die Pfeilnaht (Fig. 12. g), welche gleichsam als Fortsetzung der Stirnnaht gerade von vorn nach hinten zwischen den Scheitelbeinen verläuft;

4) die Hinterhauptsnaht (Fig. 13. o), welche vom hinteren Ende der Pfeilnaht nach beiden Seiten sich abzweigt, also gewissermaßen einen rechten und linken Schenkel bildet, welche in ihrem Winkel das Hinterhauptsbein umfassen und von den Scheitelbeinen trennen.

Da wo die verschiedenen Schädelnähte zusammentreffen, findet man häutige Stellen, welche Fontanellen oder Plättchen genannt werden. Besonders wichtig sind

a) die kleine Fontanelle (Fig. 12. f), nämlich die dreieckige Vereinigungsstelle der Pfeil- und der Hinterhauptsnaht, und

b) die große oder viereckige Fontanelle (Fig. 13. k.) an der Kreuzungsstelle der Pfeil- und der Stirnnaht mit der Kronennaht.

§. 79.

Um die Größenverhältnisse der Frucht genauer zu übersehen und bei verschiedenen Kindern leichter vergleichen zu können, unterscheidet man ferner am Kopfe

1) einen Querdurchmesser zwischen den beiden Scheitelhöckern, welcher beim reifen Kinde gewöhnlich 9 Cm. = $3^1/_2$ Zoll mißt (Fig. 12. hh.) Für gewisse Geburtsvorgänge ist es wichtig, auch noch einen kleinen oder vorderen Querdurchmesser zwischen den Schläfen zu kennen (Fig. 12. i.), welcher nur 7—8 Cm. = $2^3/_4$— 3 Zoll lang ist.

2) Der gerade Durchmesser (Fig. 13. x) von der Nasenwurzel bis zur hervorragendsten Stelle des Hinterhauptes mißt 11,5 Cm. = $4^1/_4$ Zoll.

3) Der schräge Durchmesser (Fig. 13. l) von der Spitze des Kinns bis zur kleinen Fontanelle mißt 13,5 Cm. = 5 Zoll.

Fig. 12.

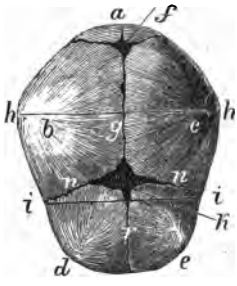
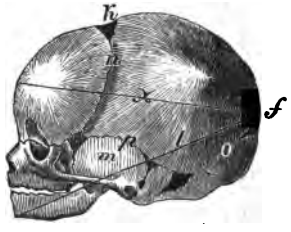


Fig. 13.



Die Breite der Schultern eines reifen Kindes beträgt gewöhnlich 12 Cm. = $4^1/_2$ Zoll, die der Hüften gegen 11 Cm. = 4 Zoll.

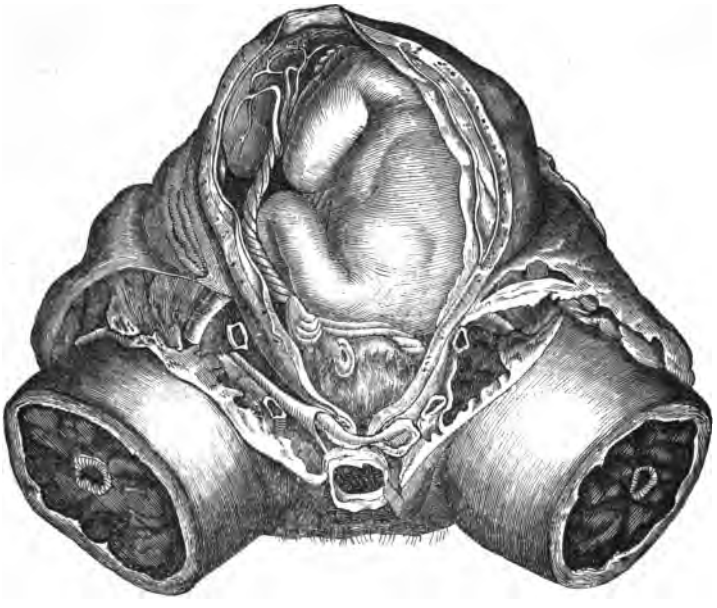
§. 80.

Hinsichtlich des Verhältnisses der Frucht zur Gebärmutterhöhle und ihrer einzelnen Theile zu einander unterscheidet man Folgendes:

1) Die Haltung der Frucht, d. h. das Verhältniß der Gliedmaßen und des Kopfes des Kindes zum Rumpf. Diese ist entsprechend der in den letzten Monaten der Schwangerschaft sich ausbildenden Eiform der Gebärmutterhöhle in der Regel so, daß das Kinn auf die Brust angedrückt, die Arme vor der Brust gekreuzt und die in den Knieen gebogenen und an den Bauch angezogenen Beine mit den Fersen vor dem Steiß liegen. Der Längendurchmesser der Frucht im Mutterleibe läuft also vom Scheitel zum Steißbein. Bei dieser Haltung bildet der Schädel das spitzere Ende, der Steiß mit den Füßen das breitere Ende des kindlichen Körpers.

2) Lage der Frucht in der Gebärmutter nennt man das Verhältniß des so eben bezeichneten Längendurchmessers der Frucht zum Längendurchmesser der Gebärmutter. Die gewöhnliche Lage ist nun diejenige, bei welcher der Kopf über dem Muttermund, das Beckenende in dem weiteren Theile der eiförmigen Gebärmutterhöhle, also unter dem Muttergrund liegt. Weit seltener findet das Umgekehrte Statt.

Fig. 14.



3) Stellung der Frucht bezeichnet endlich das Verhältniß der Vorder- wie der Rückenfläche des Kindes zur Gebärmutter. In der Regel ist zu Folge der platten Eiform der Gebärmutterhöhle, in welcher der größere Querdurchmesser den Bewegungen der Glieder der Frucht mehr Raum darbietet als der gerade, die Rückenfläche nach dem rechten oder linken Seitenrande der Gebärmutter gerichtet.

Die gewöhnlichste Haltung, Lage und Stellung ist die in Fig. 14 abgebildete.

---

§. 81.

Von der mehrfachen, oder Zwillings-, Drillings- u. s. w. Schwangerschaft.

In der Regel wird nur ein Ei und darin eine Frucht entwickelt; bisweilen werden aber auch zwei oder mehrere Eier neben einander befruchtet und entwickelt. In diesem Falle hat zwar jede Frucht ihre besonderen Eihüllen, allein diese sind meist innig mit ein-

---

Figur 14. Ansicht der gewöhnlichen Lage, Haltung und Stellung der Frucht in der Gebärmutter.

ander verklebt, auch wohl die Mutterkuchen unter einander verwachsen. Weit seltener entwickeln sich beide Früchte in einem Ei; alsdann sind sie von einer Leder- oder Zottenhaut umgeben, haben jedoch gewöhnlich jede ihre besondere Wasserhaut und ihr besonderes Fruchtwasser. Da, wo beide Früchte von einer Lederhaut umschlossen sind, wird ein Zusammenmünden der Adern beider Nabelstränge im Mutterkuchen wahrgenommen, und sind die Früchte immer von gleichem Geschlecht.

Zwillinge und Drillinge werden in der Regel nicht so groß und so schwer, wie einfache Früchte; bisweilen erscheint die eine Frucht stärker entwickelt als die andere; in seltenen Fällen ist die eine Frucht vorzeitig abgestorben, und wird auch wohl ausgestoßen, oder verbleibt neben dem sich weiter entwickelnden Ei; dann erscheint die todte Frucht bisweilen platt gedrückt. Die Haltung und Lage der Zwillinge ist häufiger bei beiden Früchten gleich, als entgegengesetzt. —

Während je nach den verschiedenen Völkern und Lebensweisen unter 70—90 Schwangerschaften einmal Zwillinge vorkommen, finden sich Drillinge erst unter mehreren Tausend einmal, Vierlinge noch weit seltener. Die größte bis jetzt beobachtete Zahl der gleichzeitig in der Gebärmutter einer Frau entwickelten Früchte ist fünf.

Viertes Kapitel.

Von den Kennzeichen der Schwangerschaft.

§. 82.

Diejenigen Zustände und Veränderungen des weiblichen Körpers, welche durch die Schwangerschaft veranlaßt werden, und aus welchen man das Vorhandensein einer Schwangerschaft erkennen kann, also die Kennzeichen der Schwangerschaft werden nach ihrem Werthe für die Erkenntniß des gedachten Zustandes eingetheilt in unsichere, wahrscheinliche und sichere.

§. 83.

a) Unsichere Zeichen sind solche Erscheinungen und Zufälle, welche bei Schwangeren bisweilen vorkommen, ebenso oft aber auch

fehlen, ferner bisweilen bei nichtschwangeren Kranken, sogar bei Männern auftreten können. Dahin gehören: Uebelkeiten, Ekel, Erbrechen, Zahnschmerzen, Kopfschmerzen, Mattigkeit in den Gliedern, Gemüthsverstimmungen, Flecken auf der Haut, öfterer Wechsel der Gesichtsfarbe, Anschwellungen der Adern, besonders an den Beinen u. s. w. Aus dem Auftreten solcher Erscheinungen darf man nur im Allgemeinen die Vermuthung schöpfen, daß Schwangerschaft bestehe. — Diese Zeichen haben dann für einzelne Frauen einen größeren Werth, wenn sie bei wiederholten Schwangerschaften derselben und immer nur unter diesen Verhältnissen in gleicher Weise beobachtet worden sind.

§. 84.

b) Wahrscheinliche Kennzeichen, d. h. solche Erscheinungen, aus deren Anwesenheit auf die Schwangerschaft mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit, jedoch noch keineswegs mit Gewißheit geschlossen werden kann, sind:

1) Das Ausbleiben der monatlichen Reinigung, zumal dann, wenn keine erheblichen Krankheitserscheinungen bemerklich oder vorausgegangen sind. Gewißheit gewährt dieses Kennzeichen darum nicht, weil die monatliche Reinigung, abgesehen von dem Aufhören in den vierziger Lebensjahren, bisweilen auch, ohne daß Schwangerschaft eingetreten ist, ausbleibt, andererseits bei einzelnen Frauen auch während der Schwangerschaft, insbesondere während der ersten drei Monate, zeitweise Blutabgänge aus den Geschlechtstheilen vorkommen.

2) Die Veränderungen an den Brüsten, insbesondere an deren Warzen und dem Warzenhofe, wie sie bereits im §. 61 und 65 angedeutet sind. Sie bestehen in Anschwellung der Brüste, bisweilen mit empfindlicher Spannung, seltener in dem Sichtbarwerden bläulicher Streifen, welche den erweiterten, unter der Haut liegenden Adern entsprechen, gewöhnlich in Auflockerung und dunklerer Färbung des Warzenhofes mit Vergrößerung der kleinen Hautdrüschen daselbst, sowie in Entwicklung der Brustwarzen, aus welchen man in den späteren Schwangerschaftsmonaten Tropfen einer anfangs hellen, später trüben Flüssigkeit ausdrücken kann. Diese Veränderungen sind bisweilen so wenig auffallend, daß sie übersehen werden können; andererseits bleibt bei manchen Frauen von früheren Schwangerschaften eine bräunliche Färbung des Warzenhofes zurück, oder ähnliche Veränder-

ungen an den Brüsten treten bei anderweiten Krankheiten auf. Deßhalb darf aus diesen Zeichen nicht mit Sicherheit, sondern nur mit Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft geschlossen werden.

3) Die Veränderungen am Unterleibe und Nabel, wie sie in ihrer allmäligen Entwickelung §. 56—69 angegeben sind, können ebenfalls, da sie auch durch krankhafte Geschwülste in der Unterleibshöhle z. B. Eierstockswassersuchten, Gebärmuttergeschwülste, Ansammlungen von Blut oder wässerigem Schleim in der Gebärmutterhöhle u. s. w. veranlaßt sein können, das Vorhandensein einer Schwangerschaft nur wahrscheinlich machen.

4) Endlich die Veränderungen der Scheide und des Scheidentheils, welche in §. 59—69 beschrieben sind, werden in ähnlicher Weise bei manchen Geschwülsten z. B. Polypen, sowie bei Blut-, Schleim- und Wasseransammlungen in der Gebärmutter beobachtet, und begründen daher die Annahme der Schwangerschaft ebenfalls nicht mit voller Gewißheit.

§. 85.

Die so eben aufgeführten wahrscheinlichen Kennzeichen der Schwangerschaft erhalten jedoch einen um so größeren Werth, je mehr davon sich vereinigt finden. — Die Veränderungen an dem Unterleib, an den Brüsten, und an dem Scheidentheil werden ferner durch Beobachtung ihrer regelmäßigen allmäligen Entwickelung besonders bedeutungsvoll, da alle anderen Ursachen, welche ähnliche Veränderungen der genannten Theile herbeiführen können, dieselben nie in der gleichmäßigen stetigen Ausbildung, wie die Schwangerschaft eintreten lassen. Die Vergrößerung und Lageveränderung der Gebärmutter insbesondere, welche man in den ersten drei Monaten am sichersten mittelst gleichzeitigen Auflegen der einen Hand auf den Unterleib oberhalb der Schamfuge und Einführen des Zeigefingers der anderen Hand in die Scheide beurtheilt, ist in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft, in welcher sichere Kennzeichen ganz fehlen, und andere wahrscheinliche noch weniger hervortreten, von größtem Werth.

Im vierten Monat gesellt sich zu diesen Zeichen die Wahrnehmung des Gebärmuttergeräusches (§. 63), welches ebenfalls nur mit großer Wahrscheinlichkeit auf Schwangerschaft schließen läßt, da man ähnliche Geräusche bisweilen bei Eierstocks- und Gebärmut-

tergeschwülsten an dem dadurch ausgedehnten Unterleibe der Kranken hört.

§. 86.

Sichere Kennzeichen der Schwangerschaft sind allein solche Erscheinungen, welche von der im Mutterleibe getragenen Frucht selbst ausgehen.

Dahin gehört:

1) Die Wahrnehmung der Kindestheile, wie sie sowohl durch die Bauchdecken, als auch durch das Scheidengewölbe, und bisweilen durch den Muttermund in den späteren Monaten der Schwangerschaft möglich ist. Besonders deutlich wird dieses Zeichen, wenn die Hebamme fühlt, daß die kleinen Theile, (Füße, Hände) sich bewegen, welche Bewegungen man theils durch mäßigen Druck, theils durch das Auflegen der abgekühlten Hand auf den Unterleib hervorzurufen vermag.

2) Die Wahrnehmung der Herztöne der Frucht mittelst des auf die Bauchdecken der zu untersuchenden Frau gelegten Ohrs (§. 76).

§. 87.

Da jedoch diese sicheren Kennzeichen gewöhnlich erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft zugängig, ja in einzelnen Fällen auch dann undeutlich oder gar nicht wahrgenommen werden, da eine Reihe von Geschwülsten in der Bauchhöhle, insbesondere an der Gebärmutter und an den Eierstöcken viele Erscheinungen der Schwangerschaft auffallend vortäuschen können, so bleibt die Erkenntniß dieses Zustandes im einzelnen Fall, bisweilen für einige Zeit, auch sogar in den späteren Monaten schwierig. Unter diesen Umständen ist die Hebamme vor dreisten voreiligen Aussprüchen in gedachter Hinsicht zu warnen, und ihr dringend zu rathen, da wo irgend ein Zweifel besteht, den Ausspruch eines mit der Geburtshülfe vertrauten Arztes zu verlangen. — Die Behauptung einer Frau, daß sie die Bewegungen eines Kindes in ihrem Leibe fühle, hat namentlich dann keine Bedeutung, wenn nicht zugleich die Veränderungen des mütterlichen Körpers, insbesondere des Unterleibes, wie sie vom fünften Monat an Statt zu finden pflegen, nachgewiesen werden können.

ungen an den Brüsten treten bei anderweiten Krankheiten auf. Deßhalb darf aus diesen Zeichen nicht mit Sicherheit, sondern nur mit Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft geschlossen werden.

3) Die Veränderungen am Unterleibe und Nabel, wie sie in ihrer allmäligen Entwickelung §. 56—69 angegeben sind, können ebenfalls, da sie auch durch krankhafte Geschwülste in der Unterleibshöhle z. B. Eierstockswassersuchten, Gebärmuttergeschwülste, Ansammlungen von Blut oder wässerigem Schleim in der Gebärmutterhöhle u. s. w. veranlaßt sein können, das Vorhandensein einer Schwangerschaft nur wahrscheinlich machen.

4) Endlich die Veränderungen der Scheide und des Scheidentheils, welche in §. 59—69 beschrieben sind, werden in ähnlicher Weise bei manchen Geschwülsten z. B. Polypen, sowie bei Blut-, Schleim- und Wasseransammlungen in der Gebärmutter beobachtet, und begründen daher die Annahme der Schwangerschaft ebenfalls nicht mit voller Gewißheit.

§. 85.

Die so eben aufgeführten wahrscheinlichen Kennzeichen der Schwangerschaft erhalten jedoch einen um so größeren Werth, je mehr davon sich vereinigt finden. — Die Veränderungen an dem Unterleib, an den Brüsten, und an dem Scheidentheil werden ferner durch Beobachtung ihrer regelmäßigen allmäligen Entwickelung besonders bedeutungsvoll, da alle anderen Ursachen, welche ähnliche Veränderungen der genannten Theile herbeiführen können, dieselben nie in der gleichmäßigen stetigen Ausbildung, wie die Schwangerschaft eintreten lassen. Die Vergrößerung und Lageveränderung der Gebärmutter insbesondere, welche man in den ersten drei Monaten am sichersten mittelst gleichzeitigen Auflegen der einen Hand auf den Unterleib oberhalb der Schamfuge und Einführen des Zeigefingers der anderen Hand in die Scheide beurtheilt, ist in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft, in welcher sichere Kennzeichen ganz fehlen, und andere wahrscheinliche noch weniger hervortreten, von größtem Werth.

Im vierten Monat gesellt sich zu diesen Zeichen die Wahrnehmung des Gebärmuttergeräusches (§. 63), welches ebenfalls nur mit großer Wahrscheinlichkeit auf Schwangerschaft schließen läßt, da man ähnliche Geräusche bisweilen bei Eierstocks- und Gebärmut-

tergeschwülsten an dem dadurch ausgedehnten Unterleibe der Kranken hört.

§. 86.

Sichere Kennzeichen der Schwangerschaft sind allein solche Erscheinungen, welche von der im Mutterleibe getragenen Frucht selbst ausgehen.

Dahin gehört:

1) Die Wahrnehmung der Kindestheile, wie sie sowohl durch die Bauchdecken, als auch durch das Scheidengewölbe, und bisweilen durch den Muttermund in den späteren Monaten der Schwangerschaft möglich ist. Besonders deutlich wird dieses Zeichen, wenn die Hebamme fühlt, daß die kleinen Theile, (Füße, Hände) sich bewegen, welche Bewegungen man theils durch mäßigen Druck, theils durch das Auflegen der abgekühlten Hand auf den Unterleib hervorzurufen vermag.

2) Die Wahrnehmung der Herztöne der Frucht mittelst des auf die Bauchdecken der zu untersuchenden Frau gelegten Ohrs (§. 76).

§. 87.

Da jedoch diese sicheren Kennzeichen gewöhnlich erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft zugängig, ja in einzelnen Fällen auch dann undeutlich oder gar nicht wahrgenommen werden, da eine Reihe von Geschwülsten in der Bauchhöhle, insbesondere an der Gebärmutter und an den Eierstöcken viele Erscheinungen der Schwangerschaft auffallend vortäuschen können, so bleibt die Erkenntniß dieses Zustandes im einzelnen Fall, bisweilen für einige Zeit, auch sogar in den späteren Monaten schwierig. Unter diesen Umständen ist die Hebamme vor dreisten voreiligen Aussprüchen in gedachter Hinsicht zu warnen, und ihr dringend zu rathen, da wo irgend ein Zweifel besteht, den Ausspruch eines mit der Geburtshülfe vertrauten Arztes zu verlangen. — Die Behauptung einer Frau, daß sie die Bewegungen eines Kindes in ihrem Leibe fühle, hat namentlich dann keine Bedeutung, wenn nicht zugleich die Veränderungen des mütterlichen Körpers, insbesondere des Unterleibes, wie sie vom fünften Monat an Statt zu finden pflegen, nachgewiesen werden können.

§. 88.

Von den Kennzeichen der mehrfachen Schwangerschaft.

Die angeblichen Zeichen der Zwillings- oder Drillingsschwangerschaften, z. B. die schneller zunehmende und stärkere Ausdehnung des Unterleibes, welcher dabei durch eine, der Länge nach oder schräg herablaufende Furche scheinbar in zwei Hügel getheilt erscheint, das Gefühl der Kindesbewegungen an mehreren Stellen zugleich u. s. w. lassen durchaus nicht mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit auf mehrfache Schwangerschaft schließen. Ein mehr als gewöhnlich (im letzten Schwangerschaftsmonat durchschnittlich 96 Cm.) betragender Umfang des Unterleibs, in der Gegend des Nabels gemessen, kann außer von mehrfacher Schwangerschaft auch durch zu vieles Fruchtwasser, sehr große Frucht u. s. w. bedingt sein.

Nur in dem nicht gewöhnlichen Fall, daß man denselben Kindestheil, z. B. den Kopf über dem Scheidengewölbe oder im Muttermunde, und gleichzeitig im Muttergrunde wahrnimmt, oder dann, wenn man kindliche Herztöne von verschiedener Häufigkeit an entgegengesetzten Stellen des Unterleibes der Schwangeren hört, ist man berechtigt, eine mehrfache Schwangerschaft vor der Geburt zu behaupten.

In der Regel darf man erst dann, wenn nach der Geburt des ersten Kindes durch die Bauchdecken oder im Muttermund Theile einer zweiten Frucht wahrgenommen werden, die Anwesenheit einer mehrfachen Schwangerschaft mit Sicherheit aussprechen.

Fünftes Kapitel.

Von der Zeitrechnung der Schwangerschaft.

§. 89.

Man berechnet die Schwangerschaft im einzelnen Fall

1) nach dem Ausbleiben der monatlichen Reinigung, indem man von dem Anfang der letzten Reinigung neun Kalendermonate und 7 Tage weiter zählt, oder kürzer, indem man 3 Monate weniger 7 Tage von dem Tage des Beginns der letzten monatlichen Reinigung zurückrechnet. Da jedoch die Empfängniß ebensowohl kurz nach Beendigung einer monatlichen Reinigung, als auch kurz vor dem Eintritt der folgenden Statt finden kann, so wird mit dem angegebenen Termine immer nur der Zeitpunkt getroffen, von welchem ab die Geburt zu erwarten steht, und diese kann ohne Regelwidrigkeit drei Wochen später erfolgen. —

Unsicher, ja unbrauchbar erscheint diese Berechnung für diejenigen Frauen, bei welchen die monatliche Reinigung öftere Unregelmäßigkeiten gezeigt hatte, oder der Menstruation ähnliche Blutungen im Anfang der Schwangerschaft eingetreten waren.

§. 90.

2) Eine andere Berechnung der Schwangerschaft beginnt mit der ersten, von der Mutter gefühlten Bewegung des Kindes, welche, zumal bei Erstgebärenden oft genau in der Mitte der Schwangerschaft, also 20 Wochen vor dem Eintritt der Geburt wahrgenommen wird. Für Mehrgebärende, welche die Bewegungen oft schon in der 17. Woche fühlen, hat man nicht blos 20, sondern 23 Wochen bis zum Ende der Schwangerschaft zu berechnen. — Immerhin bleibt bei dieser Berechnungsweise noch zu bedenken, daß sehr unempfindliche Frauen die Bewegungen auch wohl erst nach der zwanzigsten Woche fühlen, und die Angaben der Mütter bisweilen absichtlich ungenau sind.

§. 91.

3) Sicherer, obschon minder genau ist die Berechnung nach Maßgabe der wahrnehmbaren Veränderungen am Unterleibe und an dem Scheidentheil, welche in ihrer allmäligen Aufeinanderfolge

§. 60—69 aufgeführt sind. Dabei hat jedoch die Hebamme zu erwägen, ob sie eine Erstschwangere, oder eine Wiederholtschwangere zu untersuchen hat, für welchen Umstand die unterscheidenden Kennzeichen §. 70 angegeben sind. — Vorzüglich wichtig wird diese Berechnungsweise theils dann, wenn die vorhergenannten Weisen, den Schwangerschaftsverlauf zu berechnen, wegen Unachtsamkeit oder Vergeßlichkeit der Frauen nicht anwendbar sind, theils und ganz vorzüglich für diejenigen Fälle, in welchen Schwangere die Hebamme absichtlich zu täuschen suchen. Auch aus diesem Grunde muß man sich die früher angegebene Reihenfolge der gedachten Veränderungen, sowie die vorkommenden Abweichungen sorgfältig in das Gedächtniß einprägen.

§. 92.

Um die Berechnung der Schwangerschaft zu erleichtern, hat man folgenden Schwangerschafts-Kalender erfunden, in welchem jede erste Reihe den Tag der angeblichen Empfängniß oder der letzten monatlichen Reinigung, jede zweite die Mitte der Schwangerschaft oder den Tag der ersten für zum ersten Male Schwangeren fühlbaren Bewegung, und jede dritte Reihe den Tag der zu erwartenden Niederkunft bezeichnet.

Schwangerschafts-Kalender.

Januar.	Mai.	Oktober.	Februar.	Juni.	November.	März.	Juli.	Dezember.
Neuj. 1	20	8	1	20	8	1	18	6
2	21	9	Lichtmeß 2	21	9	2	19	7
3	22	10	3	22	10	3	20	8
4	23	11	4	23	11	4	21	9
5	24	12	5	24	12	5	22	10
H. 3 K. 6	25	13	6	25	13	6	23	11
7	26	14	7	26	14	7	24	12
8	27	15	8	27	15	8	25	13
9	28	16	9	28	16	9	26	14
10	29	17	10	29	17	10	27	15
11	30	18	11	30	18	11	28	16
12	31	19	12	Juli 1	19	12	29	17
13	Juni 1	20	13	2	20	13	30	18
14	2	21	14	3	21	14	31	19
15	3	22	15	4	22	15	August 1	20
16	4	23	16	5	23	16	2	21
17	5	24	17	6	24	17	3	22
18	6	25	18	7	25	18	4	23
19	7	26	19	8	26	Jos. 19	5	24
20	8	27	20	9	27	20	6	25
21	9	28	21	10	28	21	7	26
22	10	29	22	11	29	22	8	27
23	11	30	23	12	30	23	9	28
24	12	31	Matth. 24	13	Dezember 1	24	10	29
Paul 25	13	November 1	25	14	2	Mar. Verk. 25	11	30
26	14	2	26	15	3	26	12	31
27	15	3	27	16	4	27	13	Januar 1
28	16	4	28	17	5	28	14	2
29	17	5				29	15	3
30	18	6				30	16	4
31	19	7				31	17	5

April.	August.	Januar.	Mai.	September.	Februar.	Juni.	Oktober.	März.
1	18	6	Walp. 1	17	5	1	18	8
2	19	7	2	18	6	2	19	9
3	20	8	K. Erf. 3	19	7	3	20	10
4	21	9	4	20	8	4	21	11
5	22	10	5	21	9	5	22	12
6	23	11	6	22	10	6	23	13
7	24	12	7	23	11	7	24	14
8	25	13	8	24	12	8	25	15
9	26	14	9	25	13	9	26	16
10	27	15	10	26	14	10	27	17
11	28	16	11	27	15	11	28	18
12	29	17	12	28	16	12	29	19
13	30	18	13	29	17	13	30	20
14	31	19	14	30	18	14	31	21
15	1 September	20	15	1 Oktober	19	15	1 November	22
16	2	21	16	2	20	16	2	23
17	3	22	17	3	21	17	3	24
18	4	23	18	4	22	18	4	25
19	5	24	19	5	23	19	5	26
20	6	25	20	6	24	20	6	27
21	7	26	21	7	25	21	7	28
22	8	27	22	8	26	22	8	29
23	9	28	23	9	27	23	9	30
24	10	29	24	10	28	Joh. 24	10	31
25	11	30	Urb. 25	11	1 März	25	11	1 April
26	12	31	26	12	2	26	12	2
27	13	1 Februar	27	13	3	27	13	3
28	14	2	28	14	4	28	14	4
29	15	3	29	15	5	Petri Paul 29	15	5
30	16	4	30	16	6	30	16	6
			31	17	7			

Juli.		November.	April.	August.		Dezember.	Mai.	September.		Januar.	Juni.
	1	17	7	Petri	1	18	8	Egidi	1	18	8
Mar.	2	18	8	Kett. f.	2	19	9		2	19	9
Heimf.	3	19	9		3	20	10		3	20	10
	4	20	10		4	21	11		4	21	11
	5	21	11		5	22	12		5	22	12
	6	22	12		6	23	13		6	23	13
	7	23	13		7	24	14	M. Geb.	7	24	14
	8	24	14		8	25	15		8	25	15
	9	25	15		9	26	16		9	26	16
	10	26	16	Laur.	10	27	17		10	27	17
	11	27	17		11	28	18		11	28	18
	12	28	18		12	29	19		12	29	19
	13	29	19		13	30	20		13	30	20
	14	30	20		14	31	21	K. Erh.	14	31	21
	15	Dezember 1	21	Mar.	15	Januar 1	22		15	Februar 1	22
	16	2	22	Him.	16	2	23		16	2	23
	17	3	23		17	3	24		17	3	24
	18	4	24		18	4	25		18	4	25
	19	5	25		19	5	26		19	5	26
	20	6	26		20	6	27		20	6	27
	21	7	27		21	7	28		21	7	28
	22	8	28		22	8	29		22	8	29
	23	9	29		23	9	30		23	9	30
	24	10	30	Barth.	24	10	31		24	10	Juli 1
	25	11	Mai 1		25	11	Juni 1		25	11	2
	26	12	2		26	12	2		26	12	3
	27	13	3		27	13	3		27	13	4
	28	14	4		28	14	4		28	14	5
	29	15	5		29	15	5	Mich.	29	15	6
	30	16	6		30	16	6		30	16	7
	31	17	7		31	17	7				

October.	Februar.	Juli.	November.	März.	August.	Dezember.	April.	September.
1	17	8	All. H. 1	20	8	1	19	7
2	18	9	All. S. 2	21	9	2	20	8
3	19	10	3	22	10	3	21	9
4	20	11	4	23	11	4	22	10
5	21	12	5	24	12	5	23	11
6	22	13	6	25	13	6	24	12
7	23	14	7	26	14	7	25	13
8	24	15	8	27	15	Mar. 8	26	14
9	25	16	9	28	16	Empf. 9	27	15
10	26	17	Mart.L.10	29	17	10	28	16
11	27	18	Mart.B.11	30	18	11	29	17
12	28	19	12	31	19	12	30	18
13	März 1	20	13	April 1	20	13	Mai 1	19
14	2	21	14	2	21	14	2	20
15	3	22	15	3	22	15	3	21
16	4	23	16	4	23	16	4	22
17	5	24	17	5	24	17	5	23
All. D. 18	6	25	18	6	25	18	6	24
19	7	26	19	7	26	19	7	25
20	8	27	20	8	27	20	8	26
21	9	28	21	9	28	21	9	27
22	10	29	22	10	29	22	10	28
23	11	30	23	11	30	23	11	29
24	12	31	24	12	31	24	12	30
25	13	August 1	25	13	September 1	Chriſt- 25	13	October 1
26	14	2	26	14	2	tag 26	14	2
27	15	3	27	15	3	27	15	3
28	16	4	28	16	4	28	16	4
29	17	5	29	17	5	29	17	5
30	18	6	30	18	6	30	18	6
31	19	7				31	19	7

Sechstes Kapitel.

Von dem, was die Hebamme gesunden Schwangeren zu rathen und zu leisten hat.

§. 93.

Obschon die Schwangerschaft keineswegs als ein Krankheitszustand angesehen werden darf, so führt sie doch mancherlei körperliche Beschwerden und besondere Anlagen zum Erkranken mit sich. Deshalb soll die Schwangere, zugleich in Rücksicht auf das von ihr zu gebärende Kind ihre Lebensweise mit besonderer Vorsicht ordnen. Die Hebamme hat aus diesem Grunde, abgesehen von der Aufgabe durch Befragen nach dem früheren und gegenwärtigen Befinden und durch sorgfältige Untersuchung der Schwangeren theils ein Urtheil über die Zeit, in welcher die Schwangerschaft steht, zu gewinnen, theils etwaige Unregelmäßigkeiten und Fehler, welche die Hülfe eines Arztes fordern, rechtzeitig zu erkennen, bei ihren Rathschlägen folgende Vorschriften zu beachten.

Als allgemeine Regel gilt:

Die Schwangere beharre bei der bis dahin von ihr geführten Lebensart, falls sie sich dabei wohl befunden, und dieselbe keine besondere Schädlichkeiten für ihren gegenwärtigen Zustand enthält. Ein jäher Wechsel in Nahrung, Kleidung, Bewegung, Genuß der freien Luft u. s. w. ist den Schwangeren gefährlich. Ganz besonders nachtheilig werden aber Erkältungen und übermäßige Anstrengungen in den letzten Wochen vor der Niederkunft, indem dadurch nicht allein Geburtsstörungen der unangenehmsten Art, sondern auch lebensgefährliche Erkrankungen im Wochenbett veranlaßt werden können. Die Hebamme muß deßhalb die Schwangeren vor dergleichen auf das eindringlichste warnen.

§. 94.

Im Einzelnen beachte jede Schwangere Folgendes:

1) Sie *ergehe* sich täglich, so oft es die Witterung irgend erlaubt, und nicht besondere Krankheiten dies verbieten, im *Freien*. Dadurch wird ebensowohl der Anlage zu Erkältungen, als zu einer krankhaften Reizbarkeit vorgebeugt. Das Fahren hingegen ist nur in bequemen Wägen und auf guten Kunststraßen zu gestatten. Wei-

tere Reisen, insbesondere auf Eisenbahnen sind im Allgemeinen und ganz vorzüglich in den ersten vier Monaten zu widerrathen, ebenso alles Tanzen, Laufen, Springen, zumal bergab oder die Treppen herunter, sodann Ausdehnungen des Körpers, z. B. beim Aufhängen und Rollen der Wäsche, Herausziehen von schweren Schubladen und dgl.

§. 95.

2) Eingeschlossene, heiße, dumpfe Luft, z. B. in Tanzböden, Conzerten, Theatern u. s. w. verursacht den Schwangeren häufig Unwohlsein, Ohnmachten u. dgl., daher ist der Besuch solcher Lokale zu vermeiden. — Ueberhaupt sorge die Hebamme dafür, daß die Wohn- und insbesondere die Schlafzimmer der Schwangeren eine möglichst reine, frische Luft enthalten, und empfehle dazu außer dem nothwendigen Reinhalten das häufige Oeffnen der Fenster und Thüren. Die Räucherungen mit Räucherpulver, Wachholder u. dgl. dienen nicht zur Reinigung der Luft, sondern nur zur Betäubung des Geruchssinnes, und sind daher im Allgemeinen nicht zu empfehlen.

§. 96.

3) Schwangere sollen eine genügende, aber leicht verdauliche Kost genießen, jedoch alles Uebermaaß im Essen oder Trinken vermeiden, zumal den Genuß von schwerverdaulichen blähenden Speisen, wie Klöße, Kohl, gelbe Erbsen, Linsen, Aal, Stockfisch u. dgl. — Erhitzende Getränke, wie Punsch, Wein, starker Kaffee sind, wenn die Frauen nicht seit langer Zeit daran gewöhnt sind, zu meiden. Der reichliche Genuß eines stark nährenden Bieres erscheint zumal für kräftige wohlgenährte Frauen schon deshalb bedenklich, weil hierdurch die Ausbildung der Frucht zu sehr gefördert, und in Folge davon möglicherweise die Geburt erschwert wird. — Ebenso unpassend als die Erfüllung aller Gelüste, zumal wenn sie auf schädliche Dinge sich richten, ist der Zwang Speisen zu genießen, vor welchen ein Abscheu oder Ekel besteht.

§. 97.

4) Die Kleidung der Schwangeren werde der Gewohnheit und Jahreszeit entsprechend geordnet. Im Allgemeinen ist das Tragen von hinreichend weiten Beinkleidern, vorzüglich im Winter zu empfehlen. Schnürleiber sollen spätestens nach den ersten drei Mona-

ten abgelegt und durch ein bequemes Leibchen ersetzt, jeglicher Druck durch Strumpfbänder, Rockbänder u. dgl. vermieden werden, indem vielmehr die Unterröcke durch passende Achselbänder zu befestigen sind. Für den besonderen Fall, daß eine Schwangere durch einen Hängebauch (§. 249) beläftigt wird, ist eine passende Leibbinde z. B. eine aus Kautschuckfäden gestrickte zu empfehlen.

§. 98.

5) Sehr nachtheilig für Schwangere sind heftige Gemüthsbewegungen sowohl angenehmer, als unangenehmer Art. Schwangere haben sich daher ebenso vor Zorn, Angst, Schrecken, als vor übermäßiger freudiger Erregung zu hüten, und alle Anlässe zu dergleichen zu vermeiden. Insbesondere hat die Hebamme die Pflicht, Schwangeren die Furcht vor der Niederkunft zu benehmen, und sich zu hüten, diese Furcht durch Erzählung von schweren Entbindungen zu steigern. Dasselbe gilt von der, manche Schwangere quälenden Furcht vor dem sogenannten Versehen, welche die Hebamme zu bekämpfen hat. Mißbildungen der Frucht beruhen auf Krankheiten derselben, vorzüglich solchen, welche in den ersten Monaten der Schwangerschaft Statt gefunden haben.

§. 99

6) Im Allgemeinen bedürfen Schwangere, insbesondere zum ersten Mal Schwangere, des Schlafes mehr, als Nichtschwangere, daher sind Nachtwachen durchaus, und vorzüglich in der letzten Zeit der Schwangerschaft zu untersagen, zumal, wenn dieselben, wie etwa bei der Pflege von kranken Anverwandten mit Sorge und Angst verbunden sind.

§. 100.

7) Der Beischlaf ist Schwangeren bisweilen schädlich; er veranlaßt, zumal wenn er oft und ungestüm vollzogen wird, dann und wann Blutungen und vorzeitige Geburten; derselbe ist daher zu beschränken, und namentlich um die Zeit der vierwöchentlichen Periode so wie bei Frauen, welche schon einmal vorzeitig niedergekommen waren, zu unterlassen.

§. 101.

8) Ferner ist den Schwangeren die größte Reinlichkeit und Beförderung der Hautthätigkeit durch tägliche Waschungen über den ganzen Körper, und insbesondere an den Geschlechtstheilen sehr zu empfehlen. Obschon mäßig warme Bäder, sowohl allgemeine als auch Sitzbäder, zumal ältlichen Erstgebärenden recht nützlich zu sein pflegen, so mögen doch Frauen, welche an den Gebrauch der Bäder nicht gewöhnt sind, zuvor einen Arzt deshalb befragen. Heiße Fußbäder sind Schwangeren nicht selten nachtheilig, daher zu verbieten.

§. 102.

9) Besondere Aufmerksamkeit sollen Schwangere auf die häufig gestörten Ausleerungen verwenden. Zur Beförderung der Stuhlausleerung reichen bei Gesunden meist schon die tägliche Bewegung in freier Luft, die Waschungen des Unterleibes, das Trinken frischen Wassers, der Genuß von Obst, Buttermilch u. dgl. aus. — Bei besonderen in Folge von Stuhlverstopfung eintretenden Beschwerden darf die Hebamme Klystiere von lauem Wasser mit Honig, oder mit Syrup und Milch, oder von Kamillenthee und Oel geben (vergl. §. 419), während Abführmittel nur vom Arzt verordnet werden sollen. — Ueber das, was die Hebamme bei Störungen der Harnauslernung zu beachten hat, siehe §. 254–259.

§. 103.

10) Eine weitere Sorge hat die Hebamme auf die Ausbildung der Brustwarzen während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft zu verwenden. Sie muß deßhalb, zumal bei Erstgeschwängerten die Warzen besichtigen, und dieselben, falls sie klein oder unvollkommen entwickelt sind, in den letzten Wochen täglich wiederholt mit zwei Fingern fassen und hervorziehen lassen. — Zur Abhärtung der Haut an denselben und zur Verhütung des Wundwerdens beim Säugen dient das tägliche Waschen mit Rum, rothem Wein oder Branntwein, in welche man Galläpfel legen kann, so wie das öftere Bürsten mit einer weichen Zahnbürste.

§. 104.

11) Den Gebrauch heftig wirkender Arzneien, die Anstellung von

Aderlässen u. dgl. darf die Hebamme ohne Anordnung eines Arztes nicht gestatten, wie sie überhaupt die Pflicht hat, den mannigfaltigen, noch immer herrschenden Aberglauben und Quacksalbereien in ihrem Berufskreise entgegenzutreten.

II. Abschnitt.

Von der gesundheitgemäßen Geburt und von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von dem Begriff, der Eintheilung und den Bedingungen der Geburt.

§. 105.

Die Geburt ist derjenige Vorgang im weiblichen Körper, bei welchem die Frucht, sammt den übrigen Eitheilen durch die dazu bestimmten Zusammenziehungen der Gebärmutter und der Bauchpresse (die Geburtswehen), aus dem Mutterleibe ausgetrieben wird.

§. 106.

Natürliche Geburt ist im Gegensatz zu der künstlichen Entbindung diejenige, welche durch die Thätigkeit des mütterlichen Körpers allein zu Stande kommt. Gesundheitgemäß nennt man die Geburt dann, wenn sie ohne Nachtheil für Mutter oder Kind durch die dazu bestimmten Naturthätigkeiten vollendet wird, gesundheitwidrig oder fehlerhaft, wenn eine Abweichung von dem gewöhnlichen Verlauf Statt findet, welche das Leben oder die Gesundheit der Mutter oder des Kindes bedroht.

§. 107.

Die Geburt erfogt gewöhnlich zwischen der 36. und 40. Schwangerschaftswoche. Man nennt sie dann eine rechtzeitige. Tritt sie zwischen der 28. und 36. Woche ein, so heißt sie eine frühzeitige oder Frühgeburt. Erfolgt sie nach der 40. Woche, so nennt man sie eine Spätgeburt. Die unzeitigen und Fehlgeburten werden bei Erörterung der fehlerhaften Zustände der Schwangerschaft betrachtet werden.

§. 108.

Die Austreibung der Frucht und der Nachgeburt erfolgt, wie erwähnt, durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter und der Bauchpresse, durch die sogenannten Geburtswehen. Die Art und Weise, wie das Kind in Folge jener Zusammenziehungen durch das Becken hindurch geht (der Mechanismus der Geburt) hängt theils von der Lage, Haltung und Stellung der Frucht, theils von der Beschaffenheit des Geburts- insbesondere des Beckenkanals ab.

Diese beiden Bedingungen der Geburt:

1) die austreibenden Thätigkeiten und 2) das gegenseitige Verhältniß der Frucht und des Geburtskanales bei dem Durchgang der ersteren durch den letzteren werden in dem Folgenden gesondert besprochen.

Zweites Kapitel.

A. Von den Geburtswehen im Allgemeinen.

§. 109.

Die Geburtswehen oder kurzweg die Wehen sind, abgesehen von den gleich zu erwähnenden Hülfsthätigkeiten der Bauchpresse, absatzweise mehr oder weniger schmerzhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter. Indem sie die Gebärmutterhöhle von oben nach unten, sowie von allen Seiten verkleinern, drängen sie den Inhalt derselben, das Ei, gegen den Muttermund herab, erweitern dadurch den letzteren und treiben gewöhnlich nach Berstung der unteren Eispitze, das Fruchtwasser, dann die Frucht, und endlich die Nachgeburt aus. Alsdann ziehen sich die Gebärmutterwandungen selbst zusammen und drücken die an der Nachgeburtsstelle zerrissenen Adern dauernd so zusammen, daß eine gefährliche Blutung aus den letzteren nicht Statt findet.

Diese Zusammenziehungen der Gebärmutter sind unwillkürlich, kehren nach gewissen schmerzfreien Zwischenzeiten, Wehenpausen

genannt, in welchen jedoch ein gewisser Grad von Zusammenzichung der Gebärmutterwände, also auch eine Verkleinerung der Höhle fortbesteht, wieder, und nehmen im Laufe der Geburt bis zur Ausstoßung der Frucht an Heftigkeit und Häufigkeit zu. Jede einzelne Wehe giebt sich kund durch ein allmälig zunehmendes und wieder abnehmendes Schmerzgefühl der Kreissenden, sowie durch ein diesem entsprechendes Steigen und Fallen des Pulses der Mutter, durch das Härterwerden und Hervortreten der hinter den Bauchdecken fühlbaren vorderen Gebärmutterwand, endlich durch die weiter zu besprechenden Veränderungen am Muttermund und an dem hervortretenden Ei.

§. 110.

Sobald der Inhalt der Gebärmutterhöhle durch den Muttermund in die Scheide herabtritt, gesellt sich zu den Zusammenziehungen der Gebärmutter unwillkürlich ein allmälig stärker werdendes *Pressen und Drängen* hinzu, welches zunächst in Zusammenziehungen des Zwerchfells und der Bauchmuskeln besteht, dann aber durch längeres Anhalten des Athmens unter Feststämmen oder Anziehen der Gliedmaaßen willkürlich gesteigert werden kann, wie dieß auch bei anderen Entleerungen z. B. des Darminhaltes geschieht. — So wichtig diese Unterstützung der Zusammenziehungen der Gebärmutter, das sogen. *Verarbeiten der Wehen* nach hinlänglicher Erweiterung des Muttermundes während der Austreibung des Kindes ist, so bedenkliche Folgen kann eine vorzeitige oder übermäßige Anstrengung der Bauchpresse haben. — Unter gewissen Umständen kann die Geburt auch ohne alle Mitwirkung der Bauchpresse erfolgen.

Nur in untergeordneter Weise tragen auch Zusammenziehungen der *Scheide* zur Ausstoßung des Kindes und der Nachgeburt bei, indem die Scheide bei einer erheblichen Ausdehnung z. B. durch den herabrückenden Kindestheil mehr oder weniger kräftig sich verengt.

§. 111.

Diese Zusammenziehungen der Gebärmutter und ihrer Hülfsorgane der Bauchpresse und Scheide, bezeichnet man als *wahre Wehen*, im Gegensatz von sogenannten *falschen Wehen*, mit welchem Ausdruck man unpassend andere, den Geburtswehen ähnliche, ebenfalls absatzweise auftretende Schmerzen im Unterleibe einer Schwangeren belegt hat. Diese Schmerzen pflegen in den Därmen ihren Sitz zu haben und mit Blähungserzeugung verbunden zu sein; sie täuschen

Schwangere und Hebammen nicht selten über den Anfang der Geburt, obschon eine Veränderung der Gebärmutter dabei nicht stattfindet, weshalb es, um Verwechslungen zu verhüten, zweckmäßiger sein dürfte, diese Schmerzen nicht Wehen, sondern Kolikschmerzen zu nennen.

Die wahren Wehen unterscheidet man ferner in gesunde oder regelmäßige, und in fehlerhafte oder regelwidrige. Von den letzteren wird bei den Geburtsstörungen die Rede sein.

Die allmälige Entwickelung der Geburtswehen bestimmt in gesundheitgemäßen Fällen wesentlich den Verlauf und die Dauer der Geburt, welche in den folgenden Sätzen ausführlich besprochen werden sollen.

Drittes Kapitel.

B. Von dem Geburtsverlauf und den Geburtszeiträumen.

§. 112.

Der Verlauf einer Geburt, welcher bei Erstgebärenden in der Regel merklich langsamer ist, als bei Mehrgebärenden, so daß man seine Dauer durchschnittlich dort auf 12 bis 24 Stunden, hier auf 4 bis 8 Stunden anschlägt, wird für die Hebammen zur besseren Uebersicht der dabei vorkommenden Erscheinungen in fünf Zeiträume, oder Geburtszeiten eingetheilt. — Von den Aerzten werden gewöhnlich nur drei Geburtsperioden angenommen, indem sie den ersten und zweiten sowie den dritten und vierten Zeitraum der für die Hebamme zweckmäßigen Eintheilung in Fünf zu je einer Periode zusammenziehen und daher eine Eröffnungsperiode, eine Austreibungsperiode und eine Nachgeburtsperiode unterscheiden.

I. Eröffnungsperiode.

§. 113.

Die erste Geburtszeit beginnt mit dem ersten Auftreten regelmäßig wiederkehrender Wehen, mit merklicher Auflockerung, Anschwellung und gesteigerter Wärme, sowie vermehrter Schleimabsonderung

der Scheide, und endigt mit dem völligen Verstreichen des Scheidentheils und der Eröffnung oder Erweiterung des Muttermundes. Die Wehen dieser Geburtsperiode reihen sich an die in den letzten Wochen der Schwangerschaft nicht selten, zumal gegen Abend auftretenden, meist vorübergehenden, sogenannten Stellwehen oder Vorwehen an, welche die Frauen bisweilen hinsichtlich des Eintritts der Geburt täuschen. Sie bestehen in dem von Zeit zu Zeit, zu Anfang etwa jede Viertelstunde wiederkehrenden beängstigenden Gefühl von Zusammendrückung im Bauche, und einem lästigen, mäßig schmerzhaften Ziehen vom Kreuze nach dem Schooß, sowie in öfterem Drängen zum Urinlassen. Die Wehenpausen, welche anfangs 10—15 Minuten betragen, nehmen im Laufe der Geburtsperiode an Dauer merklich ab. — Mit dem Eintritt dieser vorhersagenden Wehen, in der alten deutschen Hebammensprache: Kneiper, Rupfer genannt, pflegt die im Gespräch begriffene Kreissende ihre Worte einzuhalten, sowie, wenn sie umherging, stehen zu bleiben und ihre Hände in's Kreuz zu stämmen.

Gleichzeitig mit dem Eintritt dieser Wehen schwellen die äußeren Geschlechtstheile etwas an; auch die Scheide erscheint aufgelockert, heiß und durch vermehrte Absonderung schlüpfrig. Der Scheidentheil verstreicht bei Erstgebärenden bis zur Stärke eines Kartenblattes; bei Mehrgebärenden, welche diese vorhersagenden Wehen meist gar nicht beachten, bleiben die Mutterlippen oft wulstig, werden aber schlaffer und weicher als zuvor, der innere Raum erscheint gespannt, ebenso während der Wehe die untere Eispitze.

Durch diese Zusammenziehungen der Gebärmutter über das dadurch herabgedrängte Ei öffnet und erweitert sich der Muttermund.

§. 114.

Die zweite Geburtszeit beginnt bei Erstgebärenden mit dem nachweislichen Offenstehen des verstrichenen Muttermundes, so daß die Fingerspitze unmittelbar die Eihäute oder den vorliegenden Fruchttheil trifft, und endigt mit der völligen Erweiterung desselben. Bei Mehrgebärenden, bei welchen der Muttermund gewöhnlich schon Tage und Wochen lang vor Beginn der Wehen für den untersuchenden Finger durchgängig ist, wird die Unterscheidung der ersten und zweiten Geburtszeit schwieriger. — In Folge der mit jeder Wehe steigenden Zusammenziehung und Verkleinerung des Mutterkörpers wird das Fruchtwasser, sofern es nicht schon nach vorzeitiger Berstung der Eihäute

abgeflossen ist, gegen den nachgebenden Muttermund herabgetrieben, und drängt den hier befindlichen Abschnitt der Eihäute einer Blase ähnlich anfangs nur während der Wehe durch den Muttermund hervor; „die Blase stellt sich." Entsprechend der Zerrung, welche bei diesem Anlaß die Eihäute in größerem Umfang erleiden, werden dieselben von der Innenfläche der Gebärmutter, mit der sie bisher durch die hinfällige Haut gleichsam verklebt waren, abgelöst. Dabei, sowie bei Erweiterung des Muttermundes zerreißen kleine Adern, so daß der jetzt aus den Geburtstheilen abgehende Schleim blutstreifig erscheint; „es zeichnet."

Sobald die Verkleinerung der Gebärmutterhöhle einen gewissen Grad erreicht hat und dauernd wird, so daß das herabgedrängte Fruchtwasser nach der Wehe nicht wieder in dieselbe zurücktreten kann, bleibt die Fruchtblase stehen, „die Blase ist springfertig"; bei der nächsten kräftigen Wehe bersten die Eihäute, „die Blase springt", und die ersten Wässer fließen ab.

Die Wehen werden in dieser zweiten Geburtszeit schmerzhafter, und oft von lästigen Kreuzschmerzen begleitet, welche die Gebärende um so mehr aufregen, je weniger sie einen Fortschritt der Geburt wahrnimmt. Sie dauern länger, als die Kneiper, kehren in immer kürzeren Zwischenräumen wieder, und werden vorbereitende Wehen genannt. Die Kreissende sucht, sobald eine derartige Wehe sich einstellt, einen festen Stützpunkt für ihren Rücken, indem sie sich an einen Tisch, Commode u. s. w. anlehnt. —

Das Ende der ersten Geburtsperiode, welche bei Erstgebärenden gewöhnlich 6—12 Stunden, bei Mehrgebärenden 1—4 Stunden dauert, muß nicht nach dem Blasensprung bestimmt werden, sondern nach der völligen Erweiterung des Muttermundes bis zu 7 Cm. (etwa $2^1/_2$ Zoll) im Durchmesser; denn erst alsdann ist der Muttermund geeignet, den Kopf der Frucht hindurch und in die Scheide herab treten zu lassen. Der Blasensprung erfolgt häufig vor der gehörigen Zeit, ja das Fruchtwasser geht bisweilen vor Beginn der Wehen, auch wohl unbemerkt „schleichend" ab. Andererseits wird das Kind dann und wann in den unverletzten Eihäuten geboren (§. 337).

II. Austreibungsperiode.

§. 115.

Die dritte Geburtszeit, welche das Herabdrängen des vorliegenden Kindestheils bis zum Scheidenausgang umfaßt, zeichnet sich zunächst durch den Eintritt der sogenannten Treibwehen aus, indem sich jetzt zu den immer häufiger (beiläufig alle 3—4 Minuten) wiederkehrenden Zusammenziehungen der Gebärmutter unwillkürlich ein Pressen und Drängen mit Anhalten des Athmens und Stämmens der Arme und Beine an jeden beliebigen feststehenden Körper hinzugesellt. Diese Treibwehen sind von längerer Dauer als die vorbereitenden, verursachen nicht selten Zittern der Beine, und nöthigen die Kreissende sich zu legen oder niederzukauern. — Bisweilen stellt sich während dieser Geburtszeit Erbrechen, häufiger ein Drängen zur Stuhlentleerung ein; auch pflegt ein allgemeiner Schweiß auszubrechen. Trotz dieser Unbequemlichkeiten werden die Kreissenden bei diesen Treibwehen in der Regel muthiger und hoffnungsvoller, als sie während der beiden vorhergehenden Geburtszeiten waren.

Zu Anfang dieser Geburtszeit tritt der vorliegende Kindestheil, gewöhnlich der Kopf, in den völlig erweiterten Muttermund herein, „der Kopf steht in der Krönung"; am Schluß findet man denselben hinter den äußeren Geschlechtstheilen, „der Kopf kommt in's Einschneiden". — Während dieses Herabrückens durch den Beckenkanal erleidet der vorangehende Kindestheil an seinem Umfang einen dauernden Druck von dem Geburtskanal; die Kopfknochen werden übereinander geschoben, der Kopf spitzt sich zu. Indem insbesondere die Haut des vorliegenden Kindestheils bei dem den Wehen nachfolgenden mäßigen Zurückweichen desselben vom Muttermund oder von dem Scheidenausgang zusammengeschnürt und festgehalten wird, bilden sich Falten der Haut und allmälig die Kindestheilgeschwulst, an dem zumeist vorangehenden Kopf die Kopfgeschwulst oder der Vorkopf genannt.

Diese dritte Geburtszeit dauert bei Erstgebärenden gewöhnlich 1—6 Stunden. Bei Mehrgebärenden ist sie nicht selten in $^1/_2$ Stunde, zuweilen in wenig Minuten beendigt.

§. 116.

Die vierte Geburtszeit umfaßt die Ausstoßung des Kindes aus der Scheidenöffnung.

Sobald der vorliegende Kindestheil die Scheidenöffnung ausdehnt, werden die Wehen noch stürmischer und wegen der stattfindenden Dehnung des Scheidenausganges schmerzhafter, so daß die Kreissende nicht selten laut schreit, zittert und bisweilen in Wuth geräth, während der ganze, von Schweiß bedeckte Körper durchschüttert wird, weshalb man diese Wehen „Schüttelwehen" genannt hat. Dabei erscheint das Gesicht der Gebärenden meist dunkel geröthet, der Blick wild, und die Augen glänzen.

Der vorliegende Kindestheil wird während der Wehe durch die Schamspalte hervorgepreßt, hierbei der Damm bis zum Zerreißen ausgedehnt und der After geöffnet, „der Kopf (oder Steiß) ist im Einschneiden." Mit dem Nachlaß der Wehe weicht der vorliegende Theil, zumal bei Erstgebärenden zurück. Zu Anfang wie zu Ende dieser Wehen spritzt nicht selten etwas mit Blut gemischtes Fruchtwasser neben dem vorliegenden Theil hervor. Endlich bleibt der Kopf in der Schamspalte stehen, „der Kopf ist im Durchschneiden". Mit der nächstfolgenden, meist von einem lauten Schrei begleiteten Wehe tritt der vorliegende Theil aus den Geschlechtstheilen völlig hervor, „er schneidet durch", wobei gewöhnlich kleinere Einrisse des Scheidenausganges oder Dammes zu Stande kommen. — Nach einer kürzeren oder längeren Pause treiben neue Wehen den übrigen Körper des Kindes aus den Geschlechtstheilen heraus. Gleichzeitig folgt das übrige Fruchtwasser, die „zweiten Wässer".

Diese Austrittszeit des Kindes dauert bei Erstgebärenden nicht selten $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde, während sie bei Mehrgebärenden oft mit einer Wehe vollendet wird.

III. Nachgeburtsperiode.

§. 117.

Die fünfte Geburtszeit oder die Nachgeburtszeit beginnt in der Regel mit einer behaglichen Ruhe der vom Kind Entbundenen; nur schwächliche reizbare Frauen werden bisweilen, zumal bei unpassender Entblößung, von einem lästigen Frost durchschüttert. Den zusammengezogenen Mutterkörper und Muttergrund fühlt man

jetzt, falls nicht ein Zwillingskind darin enthalten ist, gleich einer Kindskopfgroßen harten Geschwulst hinter den Bauchdecken oberhalb der Schamfuge, „die Mutterkugel." — Nach einer längeren oder kürzeren Pause stellt sich von Zeit zu Zeit ein bald mehr, bald weniger empfindliches Drängen in der Schooßgegend ein, wobei in der Regel etwas Blut abgeht; diese meistens nicht sehr heftigen, drängenden Schmerzen heißen die Nachgeburts- oder blutigen Wehen; sie trennen den Mutterkuchen vollends von der Gebärmutterwand ab, „lösen" den Mutterkuchen vollständig und treiben die Nachgeburt aus der Gebärmutter und nach einiger Zeit auch aus der Scheide heraus. Bei dieser Abtrennung des Mutterkuchens werden die zahlreichen Adern zerrissen, welche aus der Gebärmutterwand in denselben eintreten. Hierdurch ist die Gefahr einer heftigen Blutung bedingt, welche nur durch eine kräftige und dauernde Zusammenziehung der Gebärmutter beseitigt wird.

Zu Anfang dieser Periode fühlt man den Nabelstrang, wenn man das aus den Geschlechtstheilen hervorhängende Ende mit den Fingern verfolgt, zwar in den Muttermund hinauflaufend, aber noch keinen Rand des Mutterkuchens daneben; früher oder später entdeckt man bei wiederholter Untersuchung den Rand des Mutterkuchens meist hinter oder neben dem Nabelstrang als einen glatten, von den Eihäuten überzogenen Wulst. Später, wenn der Mutterkuchen vollständig gelöst ist, kommt auch die Wurzel der Nabelschnur in den Bereich des untersuchenden Fingers; und endlich erfolgt, gewöhnlich unter einem etwas heftigeren Drang oder bei einer Bewegung der Kreissenden, die gänzliche Austreibung der Nachgeburt so, daß die Innenfläche des Mutterkuchens voran, wie das Kind durch den Eihautriß hindurchgetrieben und die Eihäute umgestülpt zu Tage kommen.

Die Dauer dieser fünften Geburtszeit ist gewöhnlich eine halbe Stunde, kann jedoch bei erschöpften Kreissenden oder unter krankhaften Zuständen auch auf mehrere Stunden sich hinausziehen. — Mit der Ausstoßung der Nachgeburt ist die Geburt beendigt und das Wochenbett beginnt.

Viertes Kapitel.

Von der Art, wie das Kind durch das Becken hindurch getrieben wird, dem Geburtsmechanismus.

§. 118.

Damit die reife Frucht durch den Geburtskanal hindurch gehen könne, muß dieselbe unter sonst gewöhnlichen Verhältnissen eine Längenlage haben, d. h. mit ihrem Längendurchmesser (vom Scheitel zum Steiß) dem Längendurchmesser der Gebärmutter entsprechen. Die regelmäßige Lage des Kindes in der Gebärmutter zur Zeit der Geburt ist aber, wie schon erwähnt, diejenige, bei welcher der behaarte Kopftheil über den Muttermund sich zeigt, die Schädellage. Sie wird unter 100 Geburten beiläufig 96 mal beobachtet. Minder häufig etwa 3 mal unter hundert findet das umgekehrte Lageverhältniß statt, bei welchem das Beckenende, der Steiß und die Füße des Kindes vorangehen, Beckenendelage oder kurz Beckenlage. Seltene, aber an und für sich nicht gesundheitwidrige Abweichungen sind es, wenn in Folge ungewöhnlicher Haltung der Frucht entweder das Gesicht oder die Kniee vorangehen; man bezeichnet dieselben als Gesichts- und als Knielagen. Von den fehlerhaften, den Schief- und Querlagen der Frucht wird später (§. 316) ausführlich gesprochen werden. — Da ferner bei allen diesen Lagen der Rücken der Frucht häufiger nach links als nach rechts gerichtet ist, nennt man jene die erste, diese die zweite Schädel-, Gesichts- oder Beckenlage.

§. 119.

Zu Folge der meist etwas vornübergeneigten Stellung der hochschwangeren Gebärmutter zum Beckeneingang und der geringeren Höhe der vorderen Beckenwand pflegt die nächst der vorderen Beckenwand befindliche Seite des vorangehenden Theils tiefer zu stehen und mit dem untersuchenden Finger leichter erreicht zu werden, als die gegen die Kreuzbeinaushöhlung gerichtete. — Vermöge der größeren Länge der schrägen Durchmesser in dem mit Muskeln ausgekleideten Becken einer Lebenden, und der früher erwähnten Drehung der hochschwangeren nach der einen oder anderen Seite geneigten Gebärmutter (§. 67) stellt sich der größere Durchmesser des vorangehenden Theils gewöhnlich in den einen oder anderen schrägen Durchmesser des

Beckens. — Endlich beobachtet man, weil die Sitzbeinstacheln im Beckenkanal etwas hervorragen, und der Schambogen für den austretenden Kindestheil die entsprechende Oeffnung darbietet, auch wohl die das Becken auskleidenden Muskeln dahin wirken, in der Regel eine schraubenförmige Drehung des vorangehenden größeren Kindestheils bei seinem Durchgang durch das Becken, z. B. bei vorliegendem Kopfe, gewöhnlich so, daß das Hinterhaupt endlich unter den Schambogen gelangt.

§. 120.

I. Von der Geburt bei vorliegendem Schädel.

Liegt das Schädelgewölbe des Kindes im Beckeneingang, so findet man entweder, und zwar häufiger, das Hinterhaupt in der linken Beckenhälfte, die Stirn in der rechten, somit das rechte Scheitelbein unmittelbar hinter der vorderen Beckenwand herabgedrängt, die erste Schädellage, oder jedoch seltener das Hinterhaupt in der rechten Beckenhälfte, die Stirn in der linken, das linke Scheitelbein hinter der vorderen Beckenwand herabgedrängt, die zweite Schädellage.

Bei beiden Stellungen wird regelmäßig das Hinterhaupt unter dem Schambogen, Stirn und Gesicht über den Damm hervorgedrängt. — Alle übrigen Geburtsweisen bei vorliegendem Schädelgewölbe sind wegen ihrer Seltenheit als Abweichungen von der Regel oder als Spielarten zu bezeichnen.

§. 121.

Erste Schädellage.

Bei der ersten Schädellage, bei welcher der Rücken der mit dem Schädel vorliegenden Frucht nach der linken Seite der Mutter gerichtet ist, entdeckt man mittelst der äußeren Untersuchung die Füße der Frucht im Muttergrunde nach rechts gerichtet, den Steiß in der Mitte oder in der linken Seite, hört die Herztöne an der linken Bauchseite der Mutter, und fühlt bei der inneren Untersuchung nach hinreichender Eröffnung des Muttermundes die kleine Fontanelle nach links und in der Regel etwas nach vorn, die Pfeilnaht von hier nach hinten und rechts verlaufend. Bei hinlänglich langsamen Geburtsverlaufe entsteht auf dem hinteren oberen Viertheil des rechten Scheitelbeins die Kopfgeschwulst und dieser Theil ist es, welcher zu-

erst zwischen den Schamlippen sichtbar wird. Denn das Hinterhaupt rückt von der linken Seite her unter den Schambogen, Stirn und Gesicht werden über dem Damm zu Tage gedrängt, nachdem man vorher die kleine Fontanelle unter dem Schambogen, die Pfeilnaht mehr oder weniger dem geraden Durchmesser des Beckenausgangs entsprechend gefühlt hat. Sobald der Kopf hervorgetreten ist, pflegt, weil die Schulterbreite in dem linken schrägen Durchmesser des Beckens herabrückt, das Gesicht nach dem rechten Schenkel der Mutter, das Hinterhaupt nach dem linken sich zu wenden; und der Rumpf wird durch den Scheidenausgang hervorgepreßt, indem die rechte Schulter unter dem Schambogen, die linke über dem Damm hervortritt.

§. 122.

Zweite Schädellage.

Da bei der selteneren, also zweiten Schädellage der Rücken der Frucht nach der rechten Seite der Mutter gerichtet ist, entdeckt die äußere Untersuchung die Füße des Kindes in der linken, den Steiß in der rechten Seite des Muttergrundes, und die Herztöne werden an der rechten Bauchseite der Mutter gehört. Bei der inneren Untersuchung findet man in dem erweiterten Muttermund die kleine Fontanelle nach der rechten Seite des Beckens, anfangs oft zugleich nach hinten gerichtet, in welchem Falle die große Fontanelle vorn und links gefühlt wird. Im weiteren Geburtsverlaufe kommt jedoch regelmäßig durch eine Drehung des Schädels in der Beckenhöhle die kleine Fontanelle nach rechts und vorn zu stehen, und die Pfeilnaht verläuft nach hinten und links. — Auf dem hinteren oberen Viertheil des linken Scheitelbeins, welches zunächst vorliegt, entsteht alsdann bei einiger Verzögerung die Kopfgeschwulst, und dieser Theil kommt, nachdem das Hinterhaupt und somit die kleine Fontanelle unter den Schambogen, die Pfeilnaht fast in den geraden Durchmesser des Beckenausgangs gedrängt ist, unter der Schamfuge zu Tage, worauf die Stirn, sowie das übrige Gesicht über dem Damm hervortritt. Gleich darauf erscheint in Folge des Herabrückens der Schulterbreite im rechten schrägen Beckendurchmesser das Gesicht nach dem linken Schenkel, das Hinterhaupt nach dem rechten gewendet, und der Rumpf wird ausgestoßen, indem die linke Schulter unter dem Schambogen, die rechte über dem Damm hervorkommt.

§. 123.

Abweichungen von der Regel bei den Geburten mit vorliegendem Schädel.

1) Als dritte Schädellage hat man diejenige seltene Abweichung von der Regel bezeichnet, bei welcher das Hinterhaupt des anfangs in der §. 122 beschriebenen zweiten Schädelstellung mit der großen Fontanelle nach links und nach vorn gerichteten Kopfes in die Kreuzbeinaushöhlung hereintritt, und endlich über dem Damm hervorgepreßt wird, während die Stirn hinter der Schamfuge ansteht oder unter dieselbe tritt. Das Gesicht des geborenen Kopfes erscheint dann nach oben und links gerichtet, und die Schultern schneiden durch, indem die linke unter dem Schambogen, die rechte über dem Damm hervorkommt. Die dabei nicht fehlende stärkere Ausdehnung des Dammes verzögert die Geburt häufig und droht bisweilen einen tieferen Dammriß (S. §. 398).

2) Eine vierte Schädellage nennt man endlich diejenige noch seltenere Abweichung von der Hergangsweise der Geburt in erster Schädellage, bei welcher die große Fontanelle bleibend vorn und rechts zu fühlen ist, und nicht, wie dies häufig geschieht, allmälig nach rechts und hinten rückt, vielmehr das Hinterhaupt von links und hinten in die Kreuzbeinaushöhlung, und endlich, meist nach vielen Anstrengungen der Mutter über den Damm hervortritt, während die Stirn hinter oder unter der Schamfuge angedrückt bleibt. Alsdann sieht das Gesicht, nachdem es unter dem Schambogen hervorgekommen ist, nach rechts und oben, und die bei der mit längerer Geburtsdauer entstandene Kopfgeschwulst sitzt auf dem vorderen oberen Viertheil des rechten Scheitelbeins.

Da bei den eben beschriebenen seltenen Schädelstellungen, die höchste Stelle des Schädeldaches, der Scheitel, der zunächst vorliegende Theil ist, so hat man diese Lagen auch wohl Scheitellagen genannt.

Andere Abweichungen der Schädelstellungen und des dabei stattfindenden Geburtsherganges, z. B. andauerndes Verweilen der Pfeilnaht im Querdurchmesser des Beckeneinganges u. s. w. sind in der Regel durch ungewöhnliche Beckengestaltung der Mutter oder andere ungewöhnliche Verhältnisse bedingt, und verdienen daher als Zeichen derselben besondere Beachtung.

II. Von der Geburt mit vorliegendem Gesicht.

§. 124.

In Folge einer seltenen, meist erst während der Geburt entstehenden Abweichung der gewöhnlichen Haltung des Kopfes (§. 80) tritt das Gesicht in den Muttermund und wird der bei dem Durchgang des Kopfs durch den Geburtskanal vorangehende Theil, indem der am Beckeneingang aufstehende Hinterkopf in den Nacken gedrückt, und das Kinn von der Brust möglichst weit entfernt wird. Diese Abweichung von der Regel, eine Gesichtslage, beobachtet man etwa 1 Mal unter 200 Geburten. — Daß bei dieser ungewöhnlichen Haltung des Kopfes die Adern am Halse des Kindes bei etwas längerer Dauer der dritten und vierten Geburtszeit gefährdet werden können, ist begreiflich. Dennoch gehören die Gesichtslagen, da sie bei sonst günstigen Verhältnissen, zumal bei Mehrgebärenden rasch und glücklich für das Kind zu verlaufen pflegen, zu den gesundheitgemäßen Kindeslagen.

Man unterscheidet zwei Arten derselben, je nachdem der Rücken des Kindes nach links oder rechts gerichtet ist, also entweder die rechte oder linke Gesichtshälfte zunächst über dem Muttermund sich befindet.

§. 125.

Erste Gesichtslage.

Die äußere Untersuchung zeigt, wenn nicht allzu dicke Bauchwandungen hinderlich werden, die Füße und den Steiß auffallend in der rechten Bauchseite hervorgedrängt, den Hinterkopf hinter der linken Weiche. Die Herztöne hört man gewöhnlich an der rechten Seite. Bei der inneren Untersuchung trifft der Finger entweder zunächst auf die rechte Augenlidspalte, fühlt den Rücken der Nase von links nach rechts verlaufen, rechts die beiden Nasenlöcher, weiter rechts daneben den Mund, welcher durch die beiden harten Kieferränder und die dazwischen liegende Zunge bezeichnet wird, oder man trifft mit dem untersuchenden Finger sofort auf den Mund nebst dem Kinn, und findet von hier aus die Nase u. s. w. in der linken Beckenhälfte.

Während das Gesicht im Becken herabrückt, und sich auf der rechten Wange die Kindestheilgeschwulst ausbildet, gelangt das Kinn hinter dem rechten absteigenden Schambeinast hervor unter den Scham-

bogen, so daß man den oft bis zur Entstellung blauroth angeschwollenen rechten Mundwinkel zuerst zwischen den Schamlippen bemerkt. Beim Durchschneiden steigt das Kinn vor der Schamfuge aufwärts, während Stirn, Scheitel und Hinterkopf über dem Damm hervorgepreßt werden. Das Gesicht erscheint alsdann nach rechts und oben gewendet, indem die rechte Schulter unter dem Schambogen, die linke über dem Damm, und in gleicher Weise der ganze Rumpf herausgedrängt wird.

§. 126.

Zweite Gesichtslage.

Bei der äußeren Untersuchung fühlt man hier Steiß und Füße stark in die linke Bauchseite der Mutter gedrängt, über der rechten Weiche den Hinterkopf der Frucht; die Herztöne derselben hört man an der linken Seite. Der in die Scheide eingeführte Finger trifft nach hinlänglicher Eröffnung des Muttermundes gewöhnlich die linke Augenspalte, fühlt den Nasenrücken von rechts nach links hinüber laufend, links hin die Nasenlöcher und den Mund. Bisweilen gelangt der untersuchende Finger jedoch sofort in den Mund, und rechts davon zu den Nasenlöchern. Im weiteren Verlauf der Geburt rückt das Kinn nach links und vorn. Auf dem linken Mundwinkel, welcher zum Einschneiden kommt, bildet sich die Kindestheilgeschwulst, und während das Kinn, das unter dem linken absteigenden Schambeinaste hervortritt, vor der Schamfuge emporsteigt, kommt die Stirn und der Scheitel über dem Damm zu Tage. Das Gesicht sieht alsdann nach oben und links, und der Rumpf wird ausgetrieben, indem die linke Schulter unter dem Schambogen, die rechte über dem Damm hervortritt.

§. 127.

In einzelnen sehr seltenen Fällen, insbesondere bei ungewöhnlich kleinem Kinde oder wenn etwa das Schädelgewölbe eines Wasserkopfs geborsten ist, oder bei ungewöhnlich weitem Becken und stürmischen Wehen tritt die Stirn unter den Schambogen und kommt das Kinn über dem Damm hervor, eine Geburtsweise, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht stattfinden kann. — Häufiger geschieht es, daß das mit dem Kinn nach hinten tief herabgedrängte Gesicht zuletzt plötzlich mit der Stirn in die Kreuzbeinaushöhlung gedreht wird und in

der §. 125 beschriebenen regelmäßigen Weise (das Kinn unter dem Schambogen) austritt. —

Während man ferner nicht selten zu Anfang der Geburt die Stirn und die große Fontanelle im Muttermund, also eine Stirnlage fühlt, und erst allmälig das Gesicht in das Becken herabrückt, geschieht es auch wohl umgekehrt, zumal bei ungewöhnlich weitem Becken, kleinem Kinde, stürmischen Wehen u. s. w., daß bei ursprünglicher Gesichtslage in der dritten Geburtszeit die Stirn allmälig tiefer rückt, als das Kinn, und sich endlich eine Schädellage aus der Gesichtslage hervorbildet. In diesen seltenen Fällen beobachtet man bei dem geborenen Kinde eine Kindestheilgeschwulst auf der Anfangs vorgelegenen Stelle, z. B. auf der Stirne oder dem Gesichte, während zuletzt ein anderer Theil austritt, welcher auch wohl vor dem Ende der Geburt von der Hebamme gefühlt worden ist.

III. Von der Geburt mit vorliegendem Steiß und Füßen.

§. 128.

Ebenfalls minder häufig als die Schädellagen, beiläufig drei Mal unter 100 Geburten, findet man das Beckenende über dem Muttermunde (Beckenendelagen). Die Haltung der Frucht ist dabei gewöhnlich die §. 80 angegebene: die Kniee sind an den Bauch heraufgezogen, die Fersen an die Hinterbacken angedrückt, die Zehen und Fußrücken den Schienbeinen genähert. Ausnahmsweise erscheinen die Kniee herabgesunken, und bilden den vorangehenden Theil (Knielage), wovon §. 134. — Bei den Beckenendelagen pflegt der Leib der Schwangeren in den letzten Wochen sich minder bestimmt zu senken, obschon die äußere Untersuchung eine Längenlage der Frucht darthut. Bisweilen fühlt man am Unterleibe der Schwangeren den runden, harten, bisweilen pergamentähnlich eindrückbaren Kopf neben einer Schulter im Muttergrunde, während bei der inneren Untersuchung der vorliegende Theil bis zum Blasensprung, oder auch sogleich nach demselben, oft gar nicht erreicht werden kann, oder aber bald ein größerer, weicher — ein Hinterbacken — bald kleinere spitze Theile, die Füße unterschieden werden. Häufig fühlt man die spitzen Fersen neben den vorliegenden Hinterbacken (gemischte Steißlage). Bisweilen rückt aber der Steiß allein herab (einfache Steißlage), oder umgekehrt, es kommen die Füße durch den Muttermund voran herunter (Fußlage). In dem letzteren Falle geschieht

es auch wohl, daß nur ein Fuß herabrückt, der andere emporgeschlagen wird (unvollkommene Fußlage), während wenn beide Füße herabrücken, von einer vollkommenen Fußlage gesprochen wird.

Auch bei den Beckenendelagen ergiebt sich wie bei den Scheitel- und Gesichtslagen ein wesentlicher Unterschied des Geburtsherganges, je nachdem der Rücken des Kindes nach links, der häufigere Fall, oder nach rechts gerichtet ist, obschon hier viel häufiger als dort im Laufe der Austrittsperiode auffallende Drehungen der Frucht um ihren Längendurchmesser (§. 80) stattfinden.

§. 129.

Erste Steiß- und Fußlage.

Bei der äußeren Untersuchung hört man die Herztöne in der linken Seite der Mutter, innerlich fühlt man den linken Hinterbacken, als den am tiefsten stehenden Theil (erste Steißlage), hinter diesem weichen halbkugeligen Körper, in welchem man bisweilen (zumal bei abgestorbener Frucht) den Sitzknorren durchfühlt, entdeckt man eine Vertiefung, die Afterkerbe, in deren Mitte eine Oeffnung, der After fühlbar ist, aus welchem in der Regel das zähe, schwarzgrüne Kindspech ungemischt abfließt. Links daneben fühlt man das Steißbein, nach rechts die Geschlechtstheile und nicht selten (bei gemischter Steißlage) die Fersen.

Wird der Kindeskörper langsam herabgetrieben, so bildet sich entweder auf dem linken Hinterbacken oder an den Geschlechtstheilen der Frucht die Kindestheilgeschwulst; denn mit diesen Theilen kommt die Frucht zum Ein- und Durchschneiden.

§. 130.

Bisweilen fühlt man jedoch die Fersen oder Füße allein im Muttermunde (Fußlage). Den Fuß erkennt man an der erheblichen Entfernung der Fersenspitze von den beiden Fußknöcheln, ferner an dem fleischigen, inneren, und dem scharfen äußeren Fußrande, sowie an der eigenthümlichen Beschaffenheit der Zehen, deren vorderes Ende zusammen nahebei eine gerade Kante bildet, und deren innerste, die große Zehe, obschon die längste und stärkste, von den übrigen Zehen nur wenig entfernt werden kann.

Bei der vollkommenen ersten Fußlage findet man in der

Regel den linken Fuß zunächst hinter der vorderen Beckenwand, die Ferse nach links gerichtet. Häufig sind jedoch beide Unterschenkel über einander geschlagen oder gekreuzt, so daß die Zehen des rechten Fußes neben der Ferse des linken zu fühlen sind.

§. 131.

Sobald als der linke Hinterbacken unter dem Schambogen, der rechte über dem Damm hervorgetreten ist (wobei, falls die Füße nicht schon vorher oder gleichzeitig mit dem Steiß herausgepreßt werden, die Beine vor dem Bauch emporgeschlagen sind), dreht sich in der Regel der Rücken des Kindes nach links und vorn. Wenn alle Umstände günstig, das Becken weit, die mütterlichen Geburtstheile hinlänglich vorbereitet, die Wehen kräftig sind, und die Hebamme nicht voreilig an dem vorangehenden Theilen gezogen hat, steigt sodann der Steiß vor der Schamfuge empor und die Ellbogen kommen an den kindlichen Brustkorb angepreßt, der rechte hinten, der linke vorn unter der Schamfuge, und ebenso die Schultern zu Tage. Bisweilen ereignet sich dabei jedoch eine weitere Drehung der Frucht, so daß der Rücken nach vorn und rechts gewendet, und der linke Ellbogen hinten heraustritt. Der unter den erwähnten günstigen Bedingungen mit dem Kinn auf die Brust angedrückte Kopf folgt in der Regel mit dem Gesicht in der Kreuzbeinaushöhlung ohne Aufenthalt nach, oder bleibt, falls die Vorderfläche des Rumpfes ausnahmsweise gegen die Schamfuge gerichtet war, bisweilen mit dem Kinn auf der Schamfuge hängen, während das Schädeldach in der Kreizbeinaushöhlung herabrückt, und mit dem Hinterhaupt voran ausgestoßen wird. Aeußerst selten und nur bei sehr kleinen Kindern kommt der Kopf mit dem Gesicht gegen die Schamfuge gewendet hervor.

§. 132.

Zweite Steiß- und Fußlage.

Minder häufig liegt der Rücken der Frucht nach rechts, und der rechte Hinterbacken ist der zunächst vorangehende Theil. In diesem Falle hört man die Herztöne der Frucht an der rechten Seite der Mutter und fühlt hinter der halbkugeligen weichen Erhabenheit, dem Hinterbacken, im Muttermund die Afterkerbe, und in derselben das Steißbein von rechts nach links verlaufend, den After mehr oder we-

niger in der Mitte des Beckens, nach links die Geschlechtstheile (zweite einfache Steißlage); nicht selten trifft man daneben weiter links hin die Ferſen (zweite gemiſchte Steißlage). — Gehen die Füße (einer oder beide) voraus, ſo erkennt man die zweite Fußlage an der rechtshin gerichteten ſpitzen, zwiſchen den Knöcheln weit hervorſtehenden Erhabenheit, der Ferſe, und an den nach links ſehenden Zehen eines jeden Fußes. — Nachdem der Steiß mit dem rechten Hinterbacken voraus ein- und durchgeſchnitten hat, erſcheint der Rücken des Kindes in der Regel nach vorn und rechts gewendet, und es kommen bei den §. 131 erwähnten günſtigen Verhältniſſen die Ellbogen neben dem Rumpfe, der linke hinten, und endlich der Kopf mit dem Geſicht über dem Damm, oder in einer anderen der §. 131 angegebenen Weiſen zu Tage.

§. 133.

Unvollkommene Fußlagen.

Liegt nur ein Fuß vor, während das andere Bein emporgeſchlagen iſt (unvollkommene Fußlage, halbe Steißgeburt), ſo gelangt das ausgeſtreckte Bein ſtets, bisweilen mittelſt einer auffallenden Drehung des Kindskörpers, nach vorn unter den Schambogen, während der volle Hinterbacken in der Kreuzbeinaushöhlung herab, und über dem Damm herausgetrieben wird.

IV. Von den Knielagen.

§. 134.

Eine der abweichenden Kopfhaltung bei den Geſichtslagen zu vergleichende Abweichung der Haltung bei den Beckenendelagen ergiebt die unter 800 Geburten etwa 1 Mal vorkommende ſogenannte Knielage, indem dabei die in der Regel an den Bauch angedrückten Kniee von demſelben ſich entfernen, und, weil die Füße des ſchief liegenden Kindes am Rande des Beckeneinganges oder dem inneren Muttermund hängen geblieben ſind, in den Scheidenkanal herabſinken. Man fühlt dann im Muttermund zwei, wenn beide Kniee vorliegen (vollkommene Knielage), oder auch, wie häufiger, nur eine rundliche Erhabenheit, (unvollkommene Knielage), in deren Mitte ſich eine ſeichte Furche und darin eine unter dem Fingerdruck gleitende Sehne, ſcheinbar die bewegliche Knieſcheibe zeigt. Beim weiteren Hinaufführ-

ren des untersuchenden Fingers entdeckt man nach der einen Seite hin den dicken, fleischigen Oberschenkel, nach der anderen den scharfkantigen Unterschenkel. Sobald nicht blos die Kniee, sondern auch die Füße aus den Geschlechtstheilen herausgetreten sind, gestaltet sich der weitere Verlauf ganz wie bei den Steiß- und Fußlagen. — Je nachdem der Rücken des Kindes und somit der Unterschenkel nach links oder rechts gerichtet ist, unterscheidet man eine erste und eine zweite Knielage.

§. 135.

Die sämmtlichen Beckenendelagen haben, zumal bei ungewöhnlich stark entwickelter Frucht, nicht gehörig weiten Becken, nicht hinlänglich vorbereiteten Geburtswegen, mangelhaften Wehen, für das Kind unleugbare Gefahren, und zwar vorzugsweise in Folge des beim Durchgang der oberen Körperhälfte und des Kopfes durch den Geburtskanal nicht ausbleibenden Druckes auf die Nabelschnur, welcher nur wenig Minuten ohne Absterben der Frucht ertragen wird. Treten nach dem Austritt der Hüften Zögerungen des Geburtsverlaufes ein, so muß daher die Geburt des Kindes rasch vollendet werden, wie in §. 169 gelehrt wird.

Fünftes Kapitel.

Von der mehrfachen, oder Zwillings- und Drillingsgeburt.

§. 136.

Unter 60—90 Geburten, in einigen Gegenden häufiger, in anderen seltener, findet man eine Zwillingsgeburt, seltener (= 1:5000) Drillinge, noch seltener Vierlinge und Fünflinge (Vergl. §. 81).

Die alsdann nicht fehlende starke Ausdehnung des Leibes verursacht den Schwangeren und Gebärenden häufig große Beschwerden, der Scheidentheil verstreicht gewöhnlich früher als bei einfacher Schwangerschaft und der Muttermund öffnet sich bisweilen lange vor Anfang der Geburt, welche nicht selten vor der rechten Zeit beginnt. Dabei kann man trotz einer Längenlage den vorliegenden Kindestheil durch das Scheidengewölbe nicht immer entdecken; in anderen Fällen wechselt der vorliegende Theil, indem bald der Kopf, bald kleine Theile

dem untersuchenden Finger sich darbieten. — Nach der Geburt des ersten Kindes bleibt die Gebärmutter ungewöhnlich ausgedehnt, und man fühlt sowohl durch die Bauchdecken als auch im Muttermunde, Kindestheile. Kürzere (gewöhnlich $^1/_2$ Stunde) oder längere Zeit darauf, — bisweilen erst nach mehreren Tagen — zeigen sich von Neuem kräftige Wehen und die Geburt des zweiten Kindes erfolgt, nachdem sich eine neue Blase gestellt hat und gesprungen ist, in der Regel rasch.

§. 137.

Am häufigsten haben beide Kinder dieselbe Lage, eine Kopf- oder Beckenendelage, minder häufig kommt das eine Kind mit dem Kopf, das andere mit dem Beckenende voran zur Welt. In dem letzteren Fall kann, wenn das erste Kind mit dem Beckenende voraus geboren wird, eine bedenkliche Einkeilung beider Köpfe im Becken sich einstellen. — Gewöhnlich ist das eine Kind stärker entwickelt, als das andere. Bisweilen ist die eine Frucht eine Mißgeburt, oder vor längerer Zeit abgestorben, und wird dann auch wohl nur als eine plattgedrückte Masse in der Nachgeburt aufgefunden.

Die Nachgeburten sind in der Regel unter einander verklebt, seltener ganz getrennt, und werden gewöhnlich erst nach der Geburt beider Kinder ausgestoßen. Weit seltener findet sich nur ein einfacher Mutterkuchen und eine Lederhaut für beide Früchte. —

Der Geburtshergang bei Drillingen, Vierlingen u. s. w. weicht von demjenigen bei Zwillingen wesentlich nicht ab. Die Ausstoßung der Nachgeburten erfolgt gewöhnlich erst nach der Geburt sämmtlicher Kinder; bisweilen wird jedoch eine Nachgeburt vor den nachfolgenden Früchten ausgestoßen.

§. 138.

In Folge der bei mehrfacher Schwangerschaft ungewöhnlich starken Ausdehnung der Gebärmutter und der dadurch bedingten mangelhaften Wehenthätigkeit verlaufen nicht allein die ersten Geburtszeiträume bis zum Blasensprung häufig sehr langsam, sondern bisweilen auch die späteren. Insbesondere hat man die mangelhafte Zusammenziehung in der Nachgeburtszeit und daher Blutungen dann zu fürchten, wenn die Ausstoßung beider Kinder rasch auf einander folgte. Aus demselben Grunde beobachtet man bei mehrfachen Geburten häufiger als sonst Vorfälle der Nabelschnur, ungewöhnliche Kindeslagen,

wie Beckenendelagen, insbesondere auch Knielagen, ferner eine fehlerhafte Lage des zweiten Kindes, und Blutungen in der fünften Geburtszeit, so daß die Vorhersagung für die Mütter und Kinder bei mehrfachen Geburten im Ganzen weniger günstig ist, als bei einfachen.

Sechstes Kapitel.

Zeichenlehre der Geburt.

§. 139.

A. Kennzeichen der begonnenen Geburt.

Daß die Geburt angefangen hat, erkennt man

1) aus dem Dasein wahrer Geburtswehen, welche sich am sichersten durch das von Zeit zu Zeit wiederkehrende Hartwerden und Hervorwölben des Mutterkörpers, so wie durch die damit zusammenfallende zeitweise Beschleunigung des Pulses kund geben. (Siehe §. 110 und 140).

2) aus der mit den vorerwähnten Erscheinungen erhöhten Wärme und vermehrten Schleimabsonderung der Scheide,

3) aus der bald rascher, bald langsamer vor sich gehenden Eröffnung und Erweiterung des Muttermundes,

4) aus der Spannung der Eispitze im Muttermund, der Blasenstellung.

§. 140.

B. Kennzeichen wahrer und regelmäßiger Geburtswehen.

1) Mäßige, dem Geburtszeitraum entsprechende anfangs selten, (etwa alle 15 Minuten), dann immer häufiger d. h. nach immer kürzeren Pausen wiederkehrende, kürzere oder längere Zeit ($^1/_2$—2 Minuten) dauernde Schmerzempfindung im Unterleib oder im Kreuz, wobei

2) der Muttergrund vorübergehend hart wird, und bemerklich vortreibt, während nach und nach

3) die dem Geburtszeitraum entsprechenden Veränderungen am Muttermund und an den in demselben fühlbaren Eitheilen (Blase, Kindestheil) zu Stande kommen.

§. 141.

C. Zeichen einer gesundheitgemäßen Kindeslage.

1) Die durch die Bauchdecken wahrnehmbare, stehende Eiform der Gebärmutter,

2) die Anwesenheit eines größeren Kindestheiles (Steiß oder Kopf) im Muttergrund; neben dem ersteren fühlt man in der Regel auch kleinere Kindestheile, die beweglichen Füße;

3) die Wahrnehmung des vorliegenden Kopfes oder Beckenendes im Muttermunde oder über dem Scheidengewölbe.

Die besonderen Kennzeichen der einzelnen Kindeslagen sind §. 118 bis 134 aufgeführt.

§. 142.

D. Kennzeichen des Lebens der Frucht im Mutterleibe während der Geburt.

Das Leben der Frucht während der Geburt wird dargethan:

1) durch die Wahrnehmung der Herztöne der Frucht am Unterleibe der Schwangeren, oder des Pulses an einem vorliegenden Gliede des Kindes oder an der Nabelschnur,

2) durch die Wahrnehmung der Bewegung der Frucht, sofern eine kundige Hebamme oder der Arzt dieselbe gefühlt hat, (die Angaben der Mutter in dieser Hinsicht sind nicht zuverlässig);

3) durch die nach dem Blasensprung bei langsamen Geburtsverlauf eintretende Anschwellung des vorliegenden Kindestheils, z. B. die Kopfgeschwulst, falls dieselbe sich prall anfühlt und noch zunimmt.

Siebentes Kapitel.

Von dem, was eine Hebamme bei einer gesundheitgemäßen Geburt zu thun hat.

§. 143.

Wird eine Hebamme zur Abwartung einer Geburt gerufen, so muß sie sofort mit ihrem Hebammenapparat sich zu der Kreissenden begeben; denn Versäumniß kann schweren Nachtheil bringen.

Der Apparat sei in einem leicht tragbaren Kästchen enthalten,

und bestehe aus einer mittelgroßen zinnernen Klystierspritze mit mehreren aufzusteckendem beinernen Afterröhrchen, und eben falls daran zu steckendem zinnernen (durch Auskochen vor dem Gebrauch zu reinigenden) Mutterrohr, aus einer mit abgerundeten Enden versehenen Nabelschnurscheere, an deren Ringe mehrere 20 Cm. (etwa 8 Zoll) lange Stücke strohhalmbreiten Fadenbändchens angebunden sein mögen, aus einem neusilbernen nach und vor jedem Gebrauch gehörig auszukochenden Katheter und ein Paar Brustgläsern. Auf dem Lande ist es räthsam, auch einige Arzneimittel wie Zimmttinctur, Hoffmann'sche Tropfen, Schwefeläther, Haller'sches Sauer und Kamillenblüthen beizulegen, welche Arzneien wohlverwahrt und mit deutlicher Aufschrift versehen sein müssen. —

Bei der Kreissenden angelangt, mag die Hebamme zunächst, falls nicht gewisse Umstände, wie z. B. Blutflüsse, heftige Druck- oder Schüttelwehen u. s. w. dringend etwas Anderes, und insbesondere sofort eine Untersuchung erheischen, sich erkundigen, ob die Frau eine Erst- oder Mehrgebärende, ob sie am Ende ihrer Schwangerschaft angekommen sei oder nicht, ob sie im Laufe der Schwangerschaft, und insbesondere in den letzten Wochen sich wohl befunden habe, wann die Geburt begonnen, und ob bestimmte Veranlassungen den angeblichen Anfang der Geburt herbeigeführt haben.

§. 144.

Sodann muß ungesäumt durch eine sorgfältige innere und äußere Untersuchung der Geburtszeitraum, in welchem die Kreissende sich befindet, die Kindeslage, die Beschaffenheit des Beckens und der Geburtstheile erforscht, und weiterhin die Beschaffenheit der Wehen beobachtet werden. Findet die Hebamme alle diese Verhältnisse in der Ordnung, wie sie §. 109—138 beschrieben sind, und keine Zeichen eines anderweiten bedenklichen Krankseins der Gebärenden, wie Ohnmachten, Zuckungen, Schwerathmigkeit, Blutungen u. s. w., so darf sie für jetzt den weiteren Geburtsverlauf nach den folgenden Regeln allein abwarten, und von der Herbeirufung eines Arztes absehen. Sollte jedoch die Kreissende oder deren Angehörige die Zuziehung eines Arztes wünschen, so darf die Hebamme diesem Verlangen in keiner Weise sich entgegensetzen.

§. 145.

Die nächstfolgende Aufgabe der Hebamme trifft dann die Ordnung des Gebärzimmers, und die Herbeischaffung der bei der Geburt nöthigen Geräthschaften, Wäsche u. s. w.

Das Gebär- und Wochenzimmer, das in einem geräuschlosen Theile des Hauses gelegen sein muß, soll gut gelüftet, auch wo möglich ein bisher bewohntes Zimmer, und im Winter gehörig (bis gegen 16 Grad R.) durchwärmt sein. Bei Tage sorge man dafür, daß das allzuhelle Sonnenlicht gemäßigt werde, während bei der Nacht hinlängliche Beleuchtung nicht fehlen darf. — In dem Gebärzimmer dürfen nicht zu viele Menschen, außer der Kreissenden und Hebamme, nur etwa eine oder zwei verständige Frauen als Gehülfinnen, sich aufhalten, falls diese der Gebärenden angenehm sind. Jedenfalls mögen alle Thiere, welche die Kreissende erschrecken oder stören könnten, aus dem Zimmer entfernt werden.

§. 146.

Das Geburtslager richtet man am zweckmäßigsten auf einem nur mit dem Kopfbrett an der Wand stehenden nicht allzubreiten Bette oder Sopha, wenn dessen Rücklehne entfernt werden kann, her, indem man auf einer Roßhaarmatraze oder einem Strohsack in diejenige Gegend, auf welche der Steiß zu liegen kommt, ein jedoch für jede Kreissende frisch zu beschaffendes Wachstuch, oder ein mit Kautschuck überzogenes Stück Zeug, und darüber das Betttuch breitet, und hierauf unmittelbar unter den Steiß eine entsprechende, mehrfach zusammengelegte leinene Unterlage, auch wohl mit dazwischen geschobenem wollenen Zeuge, zum besseren Auffangen der abgehenden Flüssigkeiten, legt.

Soll die Kreissende auf dem Rücken liegen, so wird für die Kreuzgegend noch ein etwa handhohes, mit Roßhaar, Heu, Häckerling oder trockener Kleie gefülltes Kissen, welches beiläufig 80 Cm. = $^5/_4$ Ellen lang und 50 Cm. = $^3/_4$ Elle breit sein mag, beiläufig so weit von dem unteren Bettbrett entfernt befestigt, daß die Kreissende mit mäßig angezogenen Knieen an letzteres oder ein davor zu legendes festes Polster zu treten vermag. Unter den Oberkörper und den Kopf kommt dann, je nach Gewohnheit ein oder mehrere Kissen. Für die Lage auf der einen oder anderen Seite

wird das zuerst genannte Kissen entfernt, dagegen ein kleineres Kissen oder eine nicht zu starke Rolle zwischen die an den Leib emporgezogenen Kniee geschoben. Zur Bedeckung dient am Besten eine durchnähte, oder wollene hinlänglich, jedoch nicht allzu warme Decke. Für die Unterstützung der Hände befestigt man ein Paar zusammengeknüpfte Handtücher oder Gurtbänder an die unteren Bettpfosten.

§. 147.

Nach beendigter Entbindung wird dieses Geburtsbett durch Entfernung der durchnäßten Tücher und Kissen mittelst Einziehen anderer durchwärmter Unterlagen unter die Entbundene in das Wochenlager ohne Mühe umgewandelt. Die Neuentbundene entgeht dadurch den Gefahren stärkerer Anstrengung und Bewegung, sowie der Erkältung, während die Ueberführung einer Entbundenen in ein frisches Bett nicht unbedenklich ist. Die in früherer Zeit gebräuchlichen Geburtsstühle und Geburtskissen bieten nicht allein keine Vorzüge vor dem zweckmäßig hergerichteten Geburtslager, sondern führen auch Nachtheile mit sich, z. B. die Gefahr einer Ansteckung, wenn sie von mehreren Frauen nach einander gebraucht werden.

§. 148.

Für gewisse geburtshülfliche Operationen, z. B. zu Lösung der Arme und Herausbeförderung des zuletzt kommenden Kopfes bei Steiß- und Fußgeburten muß die Hebamme auf dem gewöhnlichen Geburtsbett das sogen. Querlager, Querbett herrichten. Zu diesem Zweck füllt sie das Bett bis über den vorderen Bettrand mit Kissen oder einer Strohrolle aus, und errichtet durch feste Kissen, welche sie vor die hintere, auch wohl an eine Wand geschobene Bettseite legt, eine schiefe, nach der vorderen Bettseite herablaufende Ebene. Vor die vordere Bettseite werden zwei niedrige Stühle oder Bänkchen, und dazwischen ein Gefäß zum Auffangen der etwa abgehenden Flüssigkeiten gestellt. Auf das in dieser Weise hergerichtete Querbett wird die Gebärende so gelagert, daß die Füße ihrer im Knie gebogenen Beine auf den beiden vor dem Bette stehenden Stühlen oder Bänkchen ruhen, und das Gefäß auf dem wohlausgefüllten Bettrand aufliegt, vor welchem die Geschlechtstheile ein wenig hervorstehen müssen, während der Oberkörper von der schiefen Ebene getragen wird. —

Hat man das Bett nicht an die Wand geschoben, so kann eine daselbst stehende Gehülfin den Kopf und die Schultern der Kreissenden unterstützen.

§. 149.

Nach Herrichtung des Geburtslagers sorge die Hebamme

1) für Herbeischaffung der Badewanne für das Kind, sowie

2) für durchwärmte wollene und leinene Tücher zum Abreiben desselben,

3) für ein viereckiges handgroßes Nabellappchen mit einem 3 Cm. oder zolllangen Einschnitt, so wie für eine 50 Cm. = $^3/_4$ Elle lange, 3 Cm. (über 1 Zoll) breite Nabelbinde;

4) für die nöthigen Kleidungsstücke des Kindes, wie sie §. 206 empfohlen werden sollen. Ferner ordne sie an, daß

5) kaltes und warmes Wasser, sowie für gewisse Fälle auch etwas Essig bereit gehalten werde.

Auch hat die Hebamme Sorge zu tragen, daß ein Nachtstuhl oder besser eine Bettschüssel oder ein Unterschieber (am besten von Porcellan mit Deckel) im Kreißzimmer vorhanden sei.

In Betreff der bei Gebärenden und Neugeborenen zu verwendenden Badeschwämme ist die größte Reinlichkeit nothwendig; die Hebamme mag darauf halten, daß niemals ein Schwamm, bevor derselbe ausgekocht ist, bei mehreren Personen benutzt werde, vielmehr jede Wöchnerin und jedes Kind einen eigenen Schwamm besitzt, da Ansteckungen durch unsaubere Waschschwämme ebenso, wie durch unreine Klystier- oder Einspritzröhren sehr schwere Krankheiten hervorrufen.

§. 150.

Nach den einzelnen Geburtszeiträumen hat die Hebamme Folgendes zu beobachten:

Bis zur hinlänglichen Erweiterung des Muttermundes, also bis zum Ende der zweiten Geburtszeit, lasse sie bei gesundheitgemäßen Geburten die Kreissende nach deren Bedürfniß im Zimmer auf- und niedergehen, sitzen oder liegen, verbiete derselben aber jedes Pressen und Drängen, da dasselbe vor der völligen Erweiterung des Muttermundes nur nachtheilig wirken kann. Schwächliche Frauen, oder solche, welche mit Blutfluß, Vorfall, Hängebauch, Geschwulst der äußeren Geschlechtstheile u. s. w. behaftet sind, oder eine rasche Geburt

besorgen lassen, oder bei welchen ein vorzeitiger Blasensprung zu fürchten ist, z. B. bei Beckenende- oder Gesichtslagen, mögen sich gleich zu Anfang der Geburt legen.

Alle engen Kleidungsstücke mag die Kreissende ablegen, und, da in den ersten acht bis neun Tagen nach der Geburt das Ordnen der Kopfhaare nachtheilig werden kann, das Kopfhaar jetzt noch auskämmen und in lange Zöpfe ein wollenes Band einflechten lassen.

Von Zeit zu Zeit, jedoch nicht allzuhäufig, wiederhole die Hebamme, sowohl während als auch außer den Wehen die innere Untersuchung, um sich von dem Fortgange der Geburt zu überzeugen; dabei hüte sie sich aber ebensowohl vor einer jeden Reizung oder Zerrung des Muttermundes, als auch vor vorzeitiger Sprengung der Eihäute. Erscheint die Blase *springfertig*, wovon die Kreissende, insbesondere eine Erstgebärende in Kenntniß gesetzt werden mag, so lasse man die Gebärende sofort das Geburtsbett besteigen, um auf diesem den Blasensprung abzuwarten, wobei ein flaches Gefäß (Unterschieber) zum Auffangen des Fruchtwassers unter die Geschlechtstheile geschoben werden kann, damit die Hebamme sich von der Beschaffenheit der abfließenden Flüssigkeit überzeuge. — Sollte die Fruchtblase in die äußeren Geschlechtstheile herein oder vor dieselben hervortreten, so zerreiße die Hebamme die Eihäute mit den Fingern.

§. 151.

Ziehen sich die ersten beiden Geburtszeiten länger hinaus, so kann man nicht umhin, *Nahrungsmittel* und *Getränke* zu verabreichen. Von beiden gebe man während der Geburt jedoch nur geringe Mengen auf einmal, und zwar nur Wasser- oder Fleischbrühsuppen, oder Milch mit Semmel oder Weißbrod, auch wohl Wasser, (vielleicht mit einer Citronenscheibe und Zucker), einen Theeaufguß von Wollblumen (Königskerzen), Lindenblüthen und dergl. Erhitzende und schwer verdauliche Dinge, wie starker Kaffee, Wein, starkes Bier, Fleischspeisen, Gemüse sind zu verbieten.

Während der ersten beiden Geburtszeiten gebe die Hebamme der Kreissenden, auch wenn dieselbe Leibesöffnung gehabt haben sollte, ein Klystier aus lauem Wasser oder Chamillenthee mit einen Eßlöffel voll milden Oels und Seife (§. 419). — Bei Ansammlungen des Urins in der Harnblase während der Geburt, welche die Hebamme

durch das sorgfältige Befühlen des Unterleibes daran erkennen kann, daß daselbst eine rundliche schwappende Geschwulst vor der härteren Gebärmutter auftritt, dränge sie entweder den vorliegenden Kindestheil mit den eingeführten Fingern etwas empor, oder lege vorsichtig den Katheter (§. 421) ein.

Bei Abwartung der Erweiterungsperiode, welche insbesondere bei Erstgebärenden nicht selten viel Geduld erfordert, mag die Hebamme stets ihre Aufmerksamkeit darauf richten, ob sich irgend welcher Fehler, z. B. hinsichtlich der Kindeslage oder durch einen neben dem Kopf vorliegenden Theil u. s. w. ergebe, damit sie den Arzt wo möglich vor dem Blasensprung herbeirufen lasse.

§. 152.

Sobald die Blase gesprungen ist, hat die Hebamme, auch wenn sie bereits hinsichtlich der Lage der Frucht nicht mehr in Zweifel sich befindet, unverzüglich eine sorgfältige innere Untersuchung über die Beschaffenheit des vorliegenden Kindestheils, des Muttermundes, hinsichtlich dessen Erweiterung, Spannung oder Nachgiebigkeit über etwa neben dem Kopf vorliegende Theile z. B. eine Nabelschnurschlinge (§. 339 ff.) u. s. w. anzustellen. Sie darf sich jetzt nicht eher beruhigen, bis sie in den gedachten Beziehungen, insbesondere hinsichtlich der Kindeslage, zur vollkommenen Sicherheit gelangt ist; im äußersten Falle dürfte sie sogar vier Finger oder die ganze Hand, außen gehörig mit Fett bestrichen, in die Scheide einführen, um keinen Fehler zu übersehen und den Arzt nicht zu spät herbeiholen zu lassen.

§. 153.

Die Kreissende, welche vom Blasensprung an im Bette verweilen soll, mag nach ihrer Bequemlichkeit entweder auf dem Rücken oder auf der Seite liegen, jedoch im letzteren Falle vorzugsweise auf jener Seite, nach welcher derjenige Abschnitt des vorliegenden Theils gerichtet ist, welcher bei dem regelmäßigen Gange der Geburt voranzugehen hat, also bei Schädellagen auf der Seite, nach welcher das Hinterhaupt gerichtet ist. Ausnahmen von dieser Regel muß der Arzt bestimmen.

Um empfindlichere Kreissende sowohl bei den jetzt häufiger anzustellenden Untersuchungen als auch bei den während des Austritts des Kindes unvermeidlichen Entblößungen der Geschlechtstheile gegen

Erkältungen zu schützen, lege die Hebamme ein wollenes Tuch über die Hüften und Oberschenkel derselben.

Zeigt sich nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes, also in der dritten Geburtszeit, das §. 110 beschriebene unwillkürliche Pressen und Drängen, so darf die Hebamme, falls die Lage und Stellung der Frucht, sowie die übrigen Geburtsverhältnisse eine wesentliche Abweichung oder einen Fehler nicht darbieten, die Kreissende, insbesondere Erstgebärende anleiten, die Wehen mit Vorsicht zu verarbeiten. Zu diesem Zwecke rathe sie derselben, die Kniee, welche eine Gehülfin halten mag, an den Leib heranzuziehen, das Kinn auf die Brust zu stemmen (wobei der Kopf von einer Gehülfin unterstützt werde), und mit den Händen durch Anziehen der an den unteren Bettstollen befestigten Handtücher oder Gurte sich einen Halt zu verschaffen, während sie dem unwillkürlichen Drang der Wehe folgend den Athem anhält, und allmälig stärker abwärts preßt, ähnlich wie bei einer schweren Stuhlausleerung. Liegt die Kreissende auf der Seite, so stütze die Hebamme deren Rücken oder Kreuzgegend während der Treibwehe mit ihren Händen. — Je ruhiger die Kreissende diesen Anweisungen folgt, und je mehr sie alles unnütze Pressen und Drängen außer der Wehe vermeidet, desto weniger wird sie von der Anstrengung erschöpft werden. Allzuheftiges Pressen kann aber unter gewissen Umständen (z. B. bei Beckenenge) nicht blos Erschöpfung, sondern auch noch andere sehr gefährliche Folgen z. B. Durchtreibung des Mutterhalses herbeiführen, und ist daher streng zu verbieten.

Bei dem in dieser Zeit oft eintretenden Stuhldrang darf die Kreissende nie auf einen Nachtstuhl oder Abtritt gebracht werden.

§. 154.

Im Laufe der dritten Geburtszeit untersuche die Hebamme häufiger während der Wehen, damit sie sich überzeuge, ob der vorliegende Theil (Kopf) gehörig vorrücke — der beste Beweis für ein günstiges Verhältniß zwischen Kopf und Becken und für gute Wehen — und damit sie den Zeitpunkt des Einschneidens nicht übersehe, auf welchen sie übrigens auch durch den Eintritt der Schüttelwehen hingewiesen wird.

Sobald der vorliegende Kindestheil zwischen den Schamlippen hervorgedrängt wird, also mit Beginn der vierten Geburtszeit, hat die

Hebamme dafür zu sorgen, daß beim Austritt des Kindes ein Dammriß nicht entstehe. In dieser Absicht, ermahne sie die Kreissende, von welcher die Hebamme sich jetzt nicht mehr entfernen darf, bei den Wehen weniger stark zu pressen, lagere dieselbe mehr wagerecht, indem sie einen Theil der Kissen unter dem Oberkörper hinweg nimmt, lasse die Beine nicht zu stark an den Leib heranziehen, und unterstütze, wenn der Kopf in die geöffnete Schamspalte hervorgepreßt wird, das Mittelfleisch. Dieß geschieht, indem sie, falls die Kreissende auf dem Rücken liegt, und die Hebamme auf dem rechten Bettrande sitzt, die rechte zwischen die beiden Beine der Gebärenden eingeführte Hand entweder so zwischen den beiden Hinterbacken hinaufschiebt, daß der Ballen des Daumens, welchen man mit einem einfachen Leinwandflecken bedecken kann, den Damm berührt, oder indem sie die rechte Hand unter dem rechten Schenkel so auf den Damm legt, daß der Daumen neben der rechten Schamlippe emporstreckt wird, während die übrigen vier Finger über dem Damm hinübergeschoben sind. In entsprechender Weise hat man die linke Hand zu brauchen, wenn man auf der linken Seite der Kreissenden sich befindet. — Liegt hingegen die Kreissende auf der Seite, und zwar der linken, so unterstützt man, hinter der Gebärenden sitzend, mit der von hinten auf die Gegend des Kreuz- und Steißbeins gelegten rechten Hand, indem man den Daumen an die rechte Außenseite, die vier Finger an die linke Seite der großen Schamlippen anlegt, und mit der Hohlhandfläche zwischen Daumen und Zeigefinger den gespannten Damm umfaßt. Bei der Lage auf der rechten Seite unterstützt die Hebamme in entsprechender Weise mit der linken Hand.

Mittelst der in der einen oder anderen Art aufgelegten Hand übe man während jeder Wehe einen mäßigen Druck von unten nach oben, oder von hinten nach vorn auf das angespannte Mittelfleisch, und mittelbar auf den austretenden Kindestheil, indem man sich stets vergegenwärtigt, daß die nächste Aufgabe bei der Unterstützung des Dammes eine doppelte ist, theils zu verhüten, daß der vordringende Kindestheil allzuschnell durch die äußeren Geschlechtstheile hindurchtrete, theils zu bewirken, daß derselbe entsprechend der Führungslinie des Beckenkanals ein wenig vor der Schamfuge emporsteige. Je allmäliger durch ein oft wiederkehrendes Hervordrängen des Kopfes

die Erweiterung des Scheidenausganges zu Stande kommt, desto sicherer wird ein bedeutender Einriß verhütet. Immerhin muß der Druck, welchen die Hebamme anwendet, ein mäßiger sein, da umgekehrt ein allzustarkes Empordrängen des Hinterkopfes nach vorn bisweilen Zerreißungen des vorderen Umfanges der Scheidenöffnung veranlassen kann, welche nachträglich bisweilen anhaltende Blutungen und Entzündungen im Wochenbett herbeiführen (§. 372).

Die Unterstützung hat mit dem Anfang jeder Schüttelwehe zu beginnen, und muß bis nach Beendigung derselben fortdauern, während sie in der Wehenpause nachlassen soll. Sie muß fortgesetzt werden, bis nicht blos der Kopf, sondern auch die Schultern aus der Scheidenöffnung herausgetreten sind.

§. 155.

Sobald der Kopf aus den Geschlechtstheilen herausgekommen ist, fühle die Hebamme mit Zeige- und Mittelfinger der nicht unterstützenden Hand am Halse des Kindes nach, ob eine Umschlingung der Nabelschnur stattfindet. In diesem Falle ziehe sie vorsichtig das eine Ende der Nabelschnurschlinge an, und suche dieselbe entweder, falls sie lose ist, über den Kopf hinwegzustreifen, oder lasse, wenn dieses nicht gelingen sollte, die Schultern und den Rumpf durch die erweiterte Schlinge durchtreten.

§. 156.

Bleiben die Wehen, nachdem der Kopf geboren ist, länger aus, so reibe die Hebamme oder besser eine Gehülfin den Muttergrund kräftig durch die Bauchdecken, um Wehen zu erwecken, und nur erst dann, wenn die Kopfhaut in Folge der eintretenden Blutstockung bläulich wird, soll die Hebamme den Rumpf an den Schultern hervorleiten. Sie dränge zu diesem Zwecke den Kopf mit der vollen Hand gegen den Damm, auf welchem die andere Hand liegt, damit die hinter der Schamfuge stehende Schulter etwas herabtrete, und hebe, sobald dieß geschehen, den Kopf wieder nach vorn, um auch die andere Schulter über den Damm hervorkommen zu lassen, ziehe aber nicht an dem Kopfe oder Halse. Kommen die Schultern dennoch nicht, so führe sie Zeige- und Mittelfinger derjenigen Hand, welche bequem vom Rücken des Kindes zu der nach hinten liegenden Schulter gelangt, in die Scheide hinauf und ziehe diese über den Damm hervor, auch wohl nachdem sie, wenn jenes nicht sofort gelingt, zuvor

die vorn hinter der Schamfuge liegende Schulter mit den zwei entsprechenden Fingern der anderen Hand herab und zur Seite gedrängt hat.

§. 157.

Das aus den Geschlechtstheilen herausgetretene Kind, dessen Gesicht man sofort emporwendet, damit die Luft ungehindert in die Luftwege eingezogen werden könne, lege die Hebamme mit seinem unteren Ende den mütterlichen Geburtstheilen möglichst nahe, damit die Nabelschnur keiner nachtheiligen Zerrung ausgesetzt werde, und reinige insbesondere das Gesicht und die Mundhöhle, letztere durch Einführen des kleinen Fingers, von anklebendem Schleim, Fruchtwasser, Kindspech u. s. w.

(Was beim Scheintode des Kindes zu thun sei, wird im vierten Abschnitt des 3. Theiles §. 403—405 gelehrt werden).

Athmet das Kind frei, so überzeuge sich die Hebamme durch Befühlen des Unterleibs der Kreissenden, ob der Muttergrund sich gehörig zusammengezogen hat, oder ob etwa ein zweites Kind in der Gebärmutter ist, um beim Abnabeln des Kindes entsprechend zu verfahren. Sobald die Pulsadern der Nabelschnur zu klopfen nachgelassen, wird der Nabelstrang unterbunden, indem ein etwa 20 Cm. oder 8 Zoll langes strohhalmbreites Fadenbändchen vier oder fünf Querfinger vom Bauche des Kindes entfernt, um den Nabelstrang zu einem einfachen Knoten geschlungen, und so fest zugezogen wird, daß die Adern der Nabelschnur hinlänglich zusammengedrückt erscheinen, um ferner kein Blut hindurch zu lassen. Begreiflich muß hierzu bei fetter Nabelschnur eine kräftigere Zusammenziehung stattfinden als bei magerer. — Nachdem die Nabelschnur alsdann einen reichlichen Zoll oder 3 Cm. weiter vom Bauche des Kindes entfernt, mit der stumpfspitzen Nabelschnurscheere durchschnitten ist, wird das freie Ende auf das umschlungene Bändchen zurückgeschlagen, nochmals damit umgeben, fest zusammengezogen und mit einem einfachen Knoten, und einer Schleife darüber befestigt.

Sollte ein zweites Kind in der Gebärmutterhöhle sich finden, so durchschneidet man den Nabelstrang nicht, bevor man denselben noch einmal vier Querfinger breit näher den mütterlichen Geschlechtstheilen mit einem zweiten Bändchen unterbunden hat. Siehe §. 171. Diese zweite Unterbinduug des nach dem Mutterkuchen verlaufenden

Theiles der Nabelschnur wird von manchen Aerzten für alle Fälle empfohlen und ist auch ganz unbedenklich.

§. 158.

Während nun das abgelöste Kind in ein erwärmtes Tuch gehüllt, einer Gehülfin übergeben wird, überzeuge sich die Hebamme nochmals durch Befühlen des Leibes, ob der Muttergrund gehörig zusammengezogen bleibt, und lege ein erwärmtes Tuch als reine Unterlage unter die Geschlechtstheile der Halbentbundenen, um sich von Zeit zu Zeit durch Besichtigung desselben über die Menge des abgehenden Blutes unterrichten zu können. Findet sich kein regelwidriger Zustand, wie z. B. Erschlaffung des Muttergrundes, mehr als gewöhnlicher Blutabgang u. s. w., welcher die Herbeirufung eines Arztes und die später zu lehrenden Maßnahmen (§. 369—373) erheischt, so kann die Hebamme jetzt das Kind baden, darf aber die Kreissende nicht aus den Augen verlieren, um bei jeder ungewöhnlichen Erscheinung derselben sofort beizuspringen, nachdem sie das Kind in ein warmes Tuch gehüllt auf ein Kissen gelegt hat.

§. 159.

Sobald das Kind gebadet und angekleidet ist, umfaßt die Hebamme die Mutterkugel mit der rechten oder linken auf die Bauchdecken gelegten Hand, oder mit beiden Händen, und übt bei dem Eintritt einer Nachgeburtswehe einen mäßigen Druck auf den Mutterkörper aus, damit sie die Wirkung der Gebärmutterzusammenziehung unterstützte. Bemerkt sie mit der fortdauernd den Muttergrund umfassenden Hand, daß die Nachgeburt aus der Gebärmutterhöhle in die Scheide hinabgleitet, indem die Mutterkugel plötzlich kleiner wird, aber nicht früher, so drängt sie kräftig nach und fördert damit die Nachgeburt aus der letzteren zu Tage.

Sollte die Hebamme nicht im Stande sein, die Nachgeburt durch einen anhaltenden mäßigen, von Zeit zu Zeit, mit jeder Nachgeburtswehe verstärkten Druck auf die Mutterkugel herauszudrängen, so mag sie eine innere Untersuchung vornehmen, indem sie den hervorhängenden Theil der Nabelschnur, möglichst nahe den Geschlechtstheilen, um Zeige- und Mittelfinger der linken Hand schlingt, oder wegen ihrer Schlüpfrigkeit mittelst eines trockenen Tuches faßt, und längs der Nabelschnur den Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand

in die Scheide einführt. Entdeckt sie den gelösten Rand des Mutterkuchens außerhalb des Muttermundes in der Scheide, so darf sie einen mäßigen Zug an der Nabelschnur versuchen, jedoch nur um deren Wurzel den in die Scheide eingeführten Fingern zu nähern. Erreicht sie jetzt die Einsenkungsstelle der Nabelschnur, so ist die Lösung des Mutterkuchens in der Regel nicht zu bezweifeln, und dann, aber nicht früher ist ein §. 160 zu beschreibender Versuch, die Nachgeburt kunstgemäß aus dem Muttermund und der Scheide zu entfernen, gerechtfertigt.

Kann die Hebamme die Einsenkungsstelle der Nabelschnur mit den eingeführten zwei Fingern jedoch nicht erreichen, so muß sie bei beständiger Ueberwachung der Mutterkugel mit der auf die Bauchdecken gelegten Hand ferner zuwarten und von Zeit zu Zeit die Untersuchung wiederholen, falls nicht Blutungen oder eine mehr als 2 Stunden lange Verzögerung des Abganges der Nachgeburt die sofortige Herbeirufung des Arztes zur Pflicht machen.

§. 160.

War es der Hebamme nicht gelungen, die im Muttermund oder in der Scheide festgehaltene Nachgeburt durch Druck auf den Muttergrund zu Tage zu fördern, während doch die Wurzel der Nabelschnur bereits erreicht werden konnte, so mag sie mit dem in die Scheide eingeführten Zeige- und Mittelfinger auf die Einsenkungsstelle der Nabelschnur in den Mutterkuchen nach hinten und unten drücken, und dadurch denselben zunächst aus dem Muttermund in die Scheide herabführen. Während alsdann der Druck der auf den Mutterkuchen angesetzten zwei Finger mehr gegen den Scheidenausgang gerichtet wird, mag ein gleichzeitiger mäßiger, aufwärts gerichteter Zug am Nabelstrang das Hervortreten der Nachgeburt aus der Scheide begünstigen. — Sobald der Mutterkuchen in der einen oder anderen Weise befördert aus den Schamtheilen hervortritt, faßt man denselben mit der rechten Hand, und dreht ihn während des Ausziehens so, daß die nachfolgenden Eihäute einen Strang bilden, um das Abreißen derselben zu verhüten.

Jeder stärkere oder ausschließliche Zug am Nabelstrang bei Wegnahme der Nachgeburt ist streng verboten, ebenso die Aufforderung an die Kreissende, stark abwärts zu drängen, zu husten oder in die Faust zu blasen, oder Niesemittel zu nehmen.

Die zu Tage getretene Nachgeburt hat die Hebamme sodann unter Zurückstülpung der Eihäute genau zu besichtigen, ob sie vollständig ist, und nicht etwa davon abgetrennte Stücke des Mutterkuchens oder der Eihäute in den Geschlechtstheilen zurückgeblieben seien. In dem letzteren Falle muß sie einen Arzt herbeiholen lassen und die Nachgeburt in einem Gefäße solange aufbewahren, bis der Arzt dieselbe untersucht hat. —

Die vom Blut beschmutzten äußeren Geschlechtstheile der Neuentbundenen, welche hierzu auf die Seite gelagert werden mag, wasche die Hebamme vorsichtig mit einem in lauwarmes, auch wohl mit Milch und etwas Branntwein gemischtes Wasser getauchten reinen Schwamm oder Tuche ab, mit welchem sie die Theile mehr betupft als streicht. Dabei sehe sie nach, ob nicht eine bis an den After oder sogar in den Mastdarm hinein gehende Zerreißung des Dammes (§. 398) entstanden sei, und sorge in diesem Falle für sofortige Herbeirufung eines Arztes.

§. 161.

Das Wechseln der bei der Geburt etwa beschmutzten Leibwäsche kann nur dann gestattet werden, wenn die Entbundene sich vollkommen wohl befindet. Aber auch in diesem Falle darf die Entbundene sich nicht viel bewegen, und muß vor Erkältung behütet werden. Bei allein von Schweiß durchfeuchteter Wäsche ist es oft zweckmäßiger, wohl durchwärmte trockene Tücher unter dem Hemd über den Rücken und die Brust der Neuentbundenen zu breiten. — Das gebräuchliche Anlegen einer Leibbinde ist zwar keineswegs nothwendig, und dient nicht, in dem Maaße wie man glaubt, zur Verhütung eines hinterbleibenden Dickbauchs, kann aber gestattet werden; zweckmäßiger ist das Auflegen eines gewärmten Flanelltuches auf den Leib der Wöchnerin.

§. 162.

Soll die Entbundene auf demselben Bett, auf welchem sie geboren hat, die Wochenzeit abwarten (was für schwächliche, zu Erkältung geneigte Frauen empfohlen werden muß), so nimmt man die beschmutzten Unterlagen u. s. w. vorsichtig, ohne daß sich die Entbundene viel bewege, hinweg, und ersetzt sie durch neue, wohl durchwärmte, am zweckmäßigsten durch ein mehrfach zusammengeschlagenes, quer über das Bett gelegtes Leintuch, einen sogenannten Durchzug. Soll da-

gegen die Entbundene von dem Geburtslager auf ein anderes Bett, welches ebenfalls durch ein eingelegtes Wachs- oder Kautschuktuch gegen Durchnässung geschützt werden mag, gebracht werden, so müssen dabei Anstrengungen und Erkältungen der Wöchnerin sorgfältig verhütet werden, indem man das wohl durchwärmte Bett möglichst nahe an das Geburtslager stellt und die Neuentbundene mit ihren Decken vorsichtig hinüber hebt.

§. 163.

Endlich soll die Hebamme wo möglich während der ersten sechs Stunden nach der Entbindung die Wöchnerin nicht verlassen, und sich in dieser Zeit oft von der gehörigen Zusammenziehung des Mutterkörpers zu einer kindskopfgroßen Kugel, durch Befühlen der Bauchdecken, sowie von dem Blutabgang aus der Scheide durch Besichtigen oder Befühlen der Unterlage überzeugen. Zugleich ist das Allgemeinbefinden sorgfältig zu überwachen, um bei jeder auffallenden Erscheinung sogleich deren Ursache aufzusuchen, und Abhülfe zu schaffen, oder den Arzt herbeiholen zu lassen.

§. 164.

Für die Abwartung minder gewöhnlicher, obschon noch gesundheitgemäßer Geburtsfälle, bei welchem schon an sich nicht beträchtliche Hinderniſſe z. B. leichte Wehenfehler, geringes räumliches Mißverhältniß zwischen der Größe der Frucht und der Räumlichkeit des Beckens u. s. w. Gefahren, insbesondere für das Kind, veranlassen können, sind außer den bisher mitgetheilten noch folgende besondere Vorschriften zu beachten.

§. 165.

1) Von der Behandlung der Geburten bei ungewöhnlicher Kopfstellung.

Findet die Hebamme den vorliegenden Kopf so in den Beckenkanal eingestellt, daß die große Fontanelle in gleicher Höhe, oder sogar tiefer, als die kleine Fontanelle und zwar vorn rechts oder links gefühlt wird (dritte und vierte Schädellage oder Scheitellage §. 123), so lege sie die Kreissende auf diejenige Seite, nach welcher das Hinterhaupt gerichtet ist, und verbiete zunächst alles Verarbeiten

der Wehen. — Auf diese Weise wird nicht allein das Herabrücken des Hinterkopfs, sondern auch die Drehung des letzteren unter den Schambogen, und somit die Herstellung des regelmäßigen Geburtsverlaufes begünstigt. Sollte diese Drehung dennoch nicht erfolgen, sollte vielmehr die Stirn nach vorn hinter oder unter die Schamfuge gelangen, das Hinterhaupt über dem Damm hervordrängen, so muß der letztere mit doppelter Sorgfalt unterstützt werden, da ein erheblicher Dammriß droht. Bei jeder Verzögerung der Geburt in diesen Fällen ist ein Arzt sofort herbeizurufen.

§. 166.

2) Von der Behandlung der Gesichtsgeburten.

Liegt das Gesicht über dem Muttermund, so hat man zunächst die Fruchtblase bei dem Untersuchen möglichst zu schonen, und auch nach Abfluß des Fruchtwassers die Untersuchung mit besonderer Rücksicht vorzunehmen, damit man Auge und Mund der Frucht nicht verletze. Will die Kreissende eine Seitenlage einnehmen, so lasse man sie zu Anfang der Geburt auf derjenigen Seite liegen, nach welcher das Kinn hingerichtet ist, damit nicht die Gesichtslage in eine Stirnlage übergehe. Kommt das Gesicht zum Einschneiden, so unterstütze man sorgfältig, hindere jedoch den Austritt des Kopfes in keiner Weise. — Ergeben sich im Geburtsverlaufe Zögerungen, so muß die Hebamme wegen der dem Kinde drohenden Gefahren hier mehr, als bei Schädellagen eilen, den Arzt herbeizurufen.

Das durch die Gesichtsanschwellung bei langsamerem Geburtsverlauf nicht selten beträchtlich entstellte Kind zeige die Hebamme der Wöchnerin nicht sofort oder doch nicht früher, als nachdem sie derselben mitgetheilt hat, daß diese bisweilen dunkelrothe Geschwulst nach wenig Tagen sich von selbst verlieren werde.

§. 167.

3) Von der Behandlung der Geburten bei vorliegendem Beckenende.

Erkennt die Hebamme eine Beckenlage vor dem Blasensprung, so suche sie die Blase so lange, als immer möglich zu erhalten, und rufe bei Erstgebärenden ohne Säumen den Arzt hinzu, da sich bei diesen nur allzuhäufig Zögerungen im Geburtsverlauf einstellen, welche das Leben des mit dem Steiß oder den Füßen eintretenden

Kindes bedrohen. Dasselbe ist bei solchen Mehrgebärenden zu fürchten, deren frühere Geburten langsam und schwer verlaufen sind, oder bei denen, wenn auch die früher stattgehabten Geburten rasch verliefen, gegenwärtig die Wehen fehlerhaft erscheinen, oder der vorliegende Theil auf ungewöhnliche Größe des Kindes schließen läßt, oder andere fehlerhafte Zustände, wie Vorfall der Nabelschnur zugegen sind. Auch unter diesen Umständen muß der Arzt möglichst bald herbeigeholt werden.

Sind die Verhältnisse bei Mehrgebärenden günstig, d. h. ist das Becken nicht verengt, die Wehenthätigkeit gesundheitgemäß, das Kind nicht ungewöhnlich groß, ein anderer Theil, z. B. die Nabelschnur neben dem Steiß oder den Füßen nicht vorliegend, und sind Blutungen oder ähnliche Gesundheitsstörungen nicht vorhanden, so kann die Hebamme die Geburt allein abwarten und das wünschenswerthe Herabrücken der Füße neben dem Steiß dadurch befördern, daß sie die Kreissende auf diejenige Seite lagert, in welcher der etwas zurückgebliebene Theil, Steiß oder Füße sich befinden. Jedenfalls enthalte sich die Hebamme des Anziehens und Herabholens der Füße oder des Steißes; sowie aller Drehungen des Rumpfes, und fordere erst dann die Kreissende zum Verarbeiten der Wehen auf, wenn die Arme hervortreten.

§. 168.

Sobald das Beckenende zum Einschneiden kommt, bereits man der Kreissenden das Querlager (§. 148), um bei eintretenden Zögerungen im Durchgang des kindlichen Oberkörpers den letzteren sofort hervorholen zu können. Das zu Tage gekommene Beckenende, bei dessen Heraustreten der Damm ebenso wie bei Kopflagen unterstützt werden muß, hülle man, nachdem die etwa zwischen den Beinen hinlaufende Nabelschnur (Reiten auf der Nabelschnur) über das eine im Knie gebogene Bein hinweggestreift ist, in erwärmte Tücher ein, und fühle jedenfalls jetzt nach der Nabelschnur, theils um bei vorhandener Spannung derselben durch Anziehen des zum Mutterkuchen führenden Endes eine Zerreißung zu verhüten, theils um den Puls in derselben zu überwachen. So lange als der Aderschlag regelmäßig fortdauert, mag die Ausstoßung des Oberkörpers der Natur überlassen bleiben; sobald hingegen dieser Puls verlangsamt, unregelmäßig und aussetzend wird, oder vielleicht anderweite, gefahrvolle Zufälle für die

Mutter auftreten, hat die Hebamme, falls der Arzt indeß noch nicht herbeigekommen ist, ohne Zögern die Arme des Kindes zu lösen, und zwar zunächst den gegen die Kreuzbeinaushöhlung gelegenen, und dann den Kopf herauszufördern.

§. 169.

Zu diesem Zweck hebt sie den in ein Tuch eingehüllten Kindeskörper etwas empor, bis sie die untere Spitze des vorngelegenen Schulterblattes unterhalb des Schambogens fühlt, und geht mit dem Zeige- und Mittelfinger derjenigen Hand, welche der nach hinten gelegenen Schulter gleichnamig ist, neben dem Rücken des Kindes in die Scheide empor bis über die Schulter hinweg. Indem die Hebamme diese vorsichtig herabzieht, drängt sie die Brust in die entgegengesetzte Beckenhälfte, und schiebt sodann mit den in die Ellbeuge des Kindes hinaufgeschobenen Fingerspitzen den Vorder- und Oberarm vor der Brust desselben herunter. Nachdem sie hierauf die Brust und den herabgeholten Arm des Kindes eingehüllt und mit beiden Händen so gedreht hat, daß die hervorgeholte Schulter unter die Schamfuge gelangt, führt sie den Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand hinter dem Rücken des Kindes bis über die nach hinten gedrehte Schulter in der Scheide empor und drängt damit die Brust in die entgegengesetzte Beckenhälfte. Hierauf setzt sie die Fingerspitzen in der Ellbeuge des noch emporgestreckten Armes ein, und führt auch diesen Vorderarm vor Brust und Bauch des Kindes in der Kreuzbeinaushöhlung herunter.

Zur Herausbeförderung des Kopfes, welche möglichst schnell folgen muß, geht man mit zwei oder vier Fingern der der Gesichtsrichtung der Frucht entsprechenden Hand, auf deren Vorderarm der eingehüllte Rumpf des Kindes ruht, zu dem Gesicht des Kindes hinauf und sucht am Oberkiefer neben der Nase, oder in der Tiefe der Mundhöhle sich Halt zu verschaffen, ohne jedoch das Kind zu verletzen. Während dann mit Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand gegen das Hinterhaupt emporgedrängt wird, zieht man das Gesicht, welches nach der Kreuzbeinaushöhlung hingedreht wird, zum Beckenausgang herab, indem gleichzeitig die Kreissende zum kräftigsten Drängen aufgefordert wird, und eine Gehülfin mit der flach auf den Unterleib gelegten rechten Hand einen zunehmend kräftigeren Druck auf den Muttergrund und so mittelbar auf den Kopf der

Frucht ausübt. Bei der Hervorhebung des Gesichts über den Damm, wozu der auf dem Arm ruhende Rumpf der Frucht emporgehalten wird, sucht man durch Mäßigung des Zuges einen Dammriß zu verhüten. — In den seltenen Fällen, in welchen das Gesicht nach oben und vorn gerichtet bleibt, erfolgt der Austritt des Kopfes gewöhnlich leicht durch das Emporheben des geborenen Rumpfes bis vor den Bauch der Mutter.

§. 170.

Gelingt die Lösung der Arme und Hervorholung des Kopfes nicht binnen ganz kurzer Zeit, so ist das Kind in der Regel verloren. Schon deshalb ist die frühzeitige Herbeiholung des Arztes bei Beckenendelagen dringend zu empfehlen. — Sollten bei der beschriebenen Entwickelung des Kindes trotz aller Vorsicht Verletzungen der Frucht eingetreten sein, so muß auch nachträglich ein Arzt zugezogen werden. Durch Verheimlichung von dergleichen würde sich die Hebamme einer schweren Verantwortung aussetzen.

Die Knielage erfordert keine von der eben beschriebenen abweichende Behandlung.

§. 171.

4) Von der Behandlung der mehrfachen Geburt.

Hinsichtlich der Zwillings- und Drillingsgeburten ist zunächst die Hebamme zu warnen, nicht voreilig die Frauen mit der Vorausverkündigung derselben zu ängstigen. Bei dem meist langsamen Verlauf der ersten Geburtsperioden ermahne sie die Kreissende zur Geduld, ohne ihre Vermuthung über den Grund der Verzögerung auszusprechen. Nachdem ein Kind geboren ist, untersuche die Hebamme jederzeit, wie schon §. 151 gelehrt worden ist, den Unterleib der Kreissenden genau, ob noch ein Kind in demselben enthalten sei. Findet sie dieß, so muß sie die Nabelschnur des ersten Kindes, bevor sie dieselbe durchschneidet, noch einmal, etwa 4 Finger breit von der ersten Unterbindung nach den mütterlichen Theilen zu, mit einem zweiten Fadenbändchen unterbinden, und erst dann zwischen beiden Unterbindungen durchschneiden. — Da man bei mehrfachen Geburten, insbesondere bei dem zweiten Kinde häufiger als bei einfachen ungewöhnliche und fehler-

hafte Lagen der Frucht, Vorfall von Gliedmaßen oder der Nabelschnur, Blutungen u. s. w. zu gewärtigen hat; so muß die Hebamme ferner nach der Geburt des ersten Kindes mit besonderer Sorgfalt untersuchen, ob nicht eine derartige Abweichung zugegen sei. Sie verlange in diesem Falle die ungesäumte Herbeirufung eines Arztes.

Jeder Versuch, die Nachgeburt des ersten Kindes vor der Geburt des zweiten Kindes zu entfernen, ist bedenklich, falls jene nicht von selbst in die Scheide herabgekommen ist. In der Regel warte die Hebamme geduldig unter Beruhigung und sorgfältiger Beobachtung der Kreissenden zu, bis neue Wehen eintreten und auch wohl eine zweite Fruchtblase sich stellt, womit dieselben Obliegenheiten für sie eintreten wie bei der Geburt des ersten Kindes.

§. 172.

Nach der Geburt des zweiten Kindes eile man durchaus nicht mit Wegnahme der beiden Nachgeburten, überwache aber mit der auf den Unterleib der Halbentbundenen aufgelegten Hand sorgfältig die Zusammenziehung des Muttergrundes, welche allmälig durch kräftigeres Reiben und Drücken desselben befördert werden kann. Haben endlich die Nachgeburtswehen die beiden Nachgeburten in die Scheide herabgetrieben, so entfernt man diese ebenso, wie §. 159 und 160 für die Wegnahme einer einfachen Nachgeburt gelehrt worden ist. Auch nach Entfernung der Nachgeburten beobachte man bei mehrfachen Geburten mittelst der den Muttergrund hinter den Bauchdecken umfassenden Hand die Zusammenziehung des Gebärmutterkörpers besonders aufmerksam in der §. 163 gelehrten Weise, damit Nachblutungen die Neuentbundene nicht gefährden.

Sollte, nachdem ein zweites Kind geboren ist, bei der Untersuchung des Unterleibes ein drittes wahrgenommen werden, so verfahre die Hebamme mit Unterbindung der Nabelschnur u. s. w. ebenso wie nach der ersten Geburt. In allen Fällen merke sich die Hebamme, welches Kind zuerst geboren ist.

III. Abschnitt.

Von dem gesundheitgemäßen Wochenbette und der Säugung, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

§. 173.

Wochenbett oder Kindbett nennt man die Zeit der ersten sechs Wochen nach der Geburt, wenn schon die Geburtstheile der Entbundenen erst in längerer Zeit (etwa 8 – 10 Wochen) zu dem Zustand der Nichtschwangerschaft sich zurückbilden. Von gesunden Frauen soll das Kind acht bis neun Monate lang an den Brüsten der Mutter genährt werden, die regelmäßige Zeit der Säugung.

Bei der Betrachtung des Wochenbettes und der Säugung müssen sowohl die Veränderungen, welche an dem mütterlichen Körper vor sich gehen, als auch die Entwickelungen an dem Neugeborenen und Säugling erörtert werden.

Erstes Kapitel.

Von den Veränderungen am mütterlichen Körper während des Wochenbettes und der Säugung.

§. 174.

Die unmittelbar der vollendeten Geburt folgende Ermattung, welche gewöhnlich von Durst, und bisweilen auch von Hunger begleitet wird, ist abgesehen von dem mehr oder weniger empfindlichen Brennen und Schrinnen im Scheidenausgang bei reizbaren Frauen bisweilen von einem vorübergehenden Schüttelfrost unterbrochen, zumal wenn eine Erkältung z. B. bei der Veränderung des Lagers Statt gefunden hat. Sie endet am günstigsten durch den von der Natur geforderten Schlaf und die damit eintretende gleichmäßige warme Hautausdünstung. Oft bleibt der Puls noch einige Stunden beschleunigt, kehrt aber in allen regelmäßigen Fällen bald zu seiner gewöhnlichen Ordnung zurück.

§. 175.

Der kugelartig hinter den Bauchdecken zusammengezogene Mut-

hafte Lagen der Frucht, Vorfall von Gliedmaßen oder der Nabelschnur, Blutungen u. s. w. zu gewärtigen hat; so muß die Hebamme ferner nach der Geburt des ersten Kindes mit besonderer Sorgfalt untersuchen, ob nicht eine derartige Abweichung zugegen sei. Sie verlange in diesem Falle die ungesäumte Herbeirufung eines Arztes.

Jeder Versuch, die Nachgeburt des ersten Kindes vor der Geburt des zweiten Kindes zu entfernen, ist bedenklich, falls jene nicht von selbst in die Scheide herabgekommen ist. In der Regel warte die Hebamme geduldig unter Beruhigung und sorgfältiger Beobachtung der Kreissenden zu, bis neue Wehen eintreten und auch wohl eine zweite Fruchtblase sich stellt, womit dieselben Obliegenheiten für sie eintreten wie bei der Geburt des ersten Kindes.

§. 172.

Nach der Geburt des zweiten Kindes eile man durchaus nicht mit Wegnahme der beiden Nachgeburten, überwache aber mit der auf den Unterleib der Halbentbundenen aufgelegten Hand sorgfältig die Zusammenziehung des Muttergrundes, welche allmälig durch kräftigeres Reiben und Drücken desselben befördert werden kann. Haben endlich die Nachgeburtswehen die beiden Nachgeburten in die Scheide herabgetrieben, so entfernt man diese ebenso, wie §. 159 und 160 für die Wegnahme einer einfachen Nachgeburt gelehrt worden ist. Auch nach Entfernung der Nachgeburten beobachte man bei mehrfachen Geburten mittelst der den Muttergrund hinter den Bauchdecken umfassenden Hand die Zusammenziehung des Gebärmutterkörpers besonders aufmerksam in der §. 163 gelehrten Weise, damit Nachblutungen die Neuentbundene nicht gefährden.

Sollte, nachdem ein zweites Kind geboren ist, bei der Untersuchung des Unterleibes ein drittes wahrgenommen werden, so verfahre die Hebamme mit Unterbindung der Nabelschnur u. s. w. ebenso wie nach der ersten Geburt. In allen Fällen merke sich die Hebamme, welches Kind zuerst geboren ist.

III. Abschnitt.

Von dem gesundheitgemäßen Wochenbette und der Säugung, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

§. 173.

Wochenbett oder Kindbett nennt man die Zeit der ersten sechs Wochen nach der Geburt, wenn schon die Geburtstheile der Entbundenen erst in längerer Zeit (etwa 8 – 10 Wochen) zu dem Zustand der Nichtschwangerschaft sich zurückbilden. Von gesunden Frauen soll das Kind acht bis neun Monate lang an den Brüsten der Mutter genährt werden, die regelmäßige Zeit der Säugung.

Bei der Betrachtung des Wochenbettes und der Säugung müssen sowohl die Veränderungen, welche an dem mütterlichen Körper vor sich gehen, als auch die Entwickelungen an dem Neugeborenen und Säugling erörtert werden.

Erstes Kapitel.

Von den Veränderungen am mütterlichen Körper während des Wochenbettes und der Säugung.

§. 174.

Die unmittelbar der vollendeten Geburt folgende Ermattung, welche gewöhnlich von Durst, und bisweilen auch von Hunger begleitet wird, ist abgesehen von dem mehr oder weniger empfindlichen Brennen und Schrinnen im Scheidenausgang bei reizbaren Frauen bisweilen von einem vorübergehenden Schüttelfrost unterbrochen, zumal wenn eine Erkältung z. B. bei der Veränderung des Lagers Statt gefunden hat. Sie endet am günstigsten durch den von der Natur geforderten Schlaf und die damit eintretende gleichmäßige warme Hautausdünstung. Oft bleibt der Puls noch einige Stunden beschleunigt, kehrt aber in allen regelmäßigen Fällen bald zu seiner gewöhnlichen Ordnung zurück.

§. 175.

Der kugelartig hinter den Bauchdecken zusammengezogene Mut-

terkörper, die Mutterkugel, welche bald nach vollendeter Geburt in der Höhe des Nabels, meiſt ein wenig nach rechts geneigt, zu fühlen iſt, wird allmälig kleiner und daher in den folgenden Tagen immer näher der Schamfuge hinter den Bauchdecken wahrgenommen. Doch fühlt man den Muttergrund, zumal bei dünnen, nachgiebigen Bauchdecken gewöhnlich bis zum neunten, in einzelnen Fällen bis zum zwölften Tage und länger nach der Geburt oberhalb der Schamfuge. — Die Innenfläche der Gebärmutter iſt, insbeſondere an der Stelle, an welcher der Mutterkuchen angeheftet war, in den erſten Tagen nach der Geburt uneben und höckerig, indem hier die zum Mutterkuchen gehenden Adern zerriſſen, und die Reſte derſelben mit Blutpfröpfen gefüllt ſind. Sie ſondert zunächſt reines Blut und Blutpfröpfchen, die rothe Wochenreinigung oder den rothen Lochienfluß ab; nach drei bis vier Tagen (bei manchen Frauen auch wohl einige Tage ſpäter) folgt eine wäſſerige, meiſt eigenthümlich riechende, ſpäter eine ſchleimige Ausſonderung, die weiße Wochenreinigung. Indem während der folgenden Wochen auch die Anheftungsſtelle des Mutterkuchens friſch überhäutet wird, erlangt die Innenfläche der Gebärmutter ihre frühere, glatte Beſchaffenheit wieder. — Der Scheidentheil, welcher anfangs ſehr gelockert, ſchlaff, wulſtig und mehrfach eingeriſſen erſcheint, gewinnt nach und nach eine feſtere Conſiſtenz, und läßt nach einigen Tagen wieder die beiden Mutterlippen unterſcheiden, welche jedoch für alle Zeiten eingekerbt bleiben.

§. 176.

Dieſe Zurückbildung der Gebärmutter kommt zum Theil durch Umwandlung des Gewebes, zum Theil durch fortdauernde Zuſammenziehungen derſelben zu Stande, welche letztere innerhalb der erſten 5—6 Tage als abſatzweiſe, bei Erſtgebärenden in der Regel ſchmerzloſe, bei Mehrgebärenden hingegen bisweilen ſehr empfindliche Nachwehen ſich kundgeben, und häufig durch das Saugen des Kindes an den Bruſtwarzen hervorgerufen werden. — Trotz dieſer Verkleinerung bleibt die Gebärmutter einer Frau, die geboren hat, in der Regel etwas größer, als ſie vor der Schwangerſchaft war.

§. 177.

Die während der Geburt gewöhnlich entſtandenen kleinen Einriſſe und Abſchürfungen der Scheide zumal im Scheidenaus-

ausgange heilen meist in den ersten Tagen des Wochenbettes. Bisweilen jedoch geben sie Anlaß zu Entzündung und Geschwüren, zumal wenn weißer Fluß der Geburt vorausgegangen war. (Siehe §. 394).

Regelmäßig erscheint nach der ersten Geburt eines ausgetragenen Kindes das Schambändchen, häufig auch der vordere Rand des Dammes eingerissen. Auch diese kleinen Wunden, welche anfangs nicht selten ein lebhaftes Brennen verursachen, heilen gewöhnlich in einigen Tagen, falls sie nicht tiefer greifen, und dann die sofortige Hülfe des Arztes erheischen.

§. 178.

In den ersten zwei bis drei Tagen des Wochenbettes pflegt die Stuhlausleerung auszusetzen, während die Urinausleerung ungehindert vor sich gehen muß. Der Bauch erscheint in der Regel bis auf die Stelle der Mutterkugel schlaff und weich, und die Bauchhaut runzelig und faltig.

§. 179.

Die in den letzten Monaten der Schwangerschaft eingeleitete Milchabsonderung der Brustdrüsen wird in den ersten Tagen des Wochenbettes erheblich vermehrt und verändert, indem diese Drüsen meist am zweiten und dritten Tage merklich anschwellen, hart und empfindlich werden, so daß bei reizbaren Frauen sogar ein schmerzhaftes Ziehen bis zu den Achseln hin eintritt. Nach dem vierten Tage pflegt unter vermehrtem Ausfluß von Milch die empfindliche, derbe Geschwulst der Brüste sich zu setzen. — Während des Säugens erscheint bei gesunden Frauen der Durst und Hunger gesteigert. In Folge der reichlichen Nahrungsaufnahme magern säugende Mütter nicht ab, sondern nehmen sogar oft beträchtlich, insbesondere auch an Leibesumfang zu.

§. 180.

Die Frauenmilch ist in den ersten zwei bis drei Wochen ungleich gemischt, aus einer trüben, dünneren Flüssigkeit und einer gelben dickeren zusammengesetzt; später ist sie gleichmäßig bläulich-weiß ähnlich einer süßen Mandelmilch schmeckend, und ohne unangenehmen Geruch.

Die üblichen Milchproben, z. B. das Abfließenlassen eines Tro-

pfens Milch vom Fingernagel, um zu sehen, ob derselbe schnell oder langsam mit Hinterlassung eines weißlichen Streifens abfließt, sowie das Eintröpfeln in ein Glas Wasser, um die raschere oder langsamere Auflösung der Milch zu beobachten, genügen keineswegs, um die gute oder schlechte Beschaffenheit der Milch zu beurtheilen, obwohl sie beachtet werden mögen. Diese Beurtheilung der Mutter- oder Ammenmilch wird durch die Beobachtung des Säuglings u. s. w. weit sicherer gewonnen, ist aber im fraglichen Falle dem Arzt zu überlassen.

§. 181.

In den ersten Tagen des Wochenbettes stellen sich ferner bei gesunden Frauen in der Regel gleichmäßig über den ganzen Körper verbreitete, mit einem behaglichen Gefühl verbundene Schweiße, die sogenannten Wochenschweiße ein, welche anfangs häufiger, etwa zwei bis drei Mal im Laufe eines Tags, später seltener hervorbrechen, und sich nur allmälig verlieren. Aber auch später während der ganzen Säugungszeit bleibt eine vermehrte Hautausdünstung, welche eine beachtenswerthe Anlage zu Erkältungen bedingt.

§. 182.

Erwägt man alle diese Veränderungen, welche in dem Körper einer Wöchnerin vor sich gehen, nimmt man hinzu, daß dieselbe, zumal in den ersten Tagen durch die Anstrengungen bei der Geburt, und später durch die häufigen Störungen der Nachtruhe von Seiten des Kindes angegriffen und erschöpft zu sein pflegt, so kann es nicht auffallen, daß Wöchnerinnen vielfältigen Erkrankungen ausgesetzt sind, welche um so leichter zu Stande kommen, und um so gefährlicher ausfallen, je zeitiger nach der Entbindung schädliche Einflüsse, wie Gemüthsbewegungen, Erkältungen, Fehler im Essen und Trinken, einwirken.

§. 183.

So lange eine Frau säugt, pflegt der Scheidentheil klein und verkümmert zu sein und die monatliche Reinigung auszubleiben. In der Regel kehrt die letztere erst nach dem Abgewöhnen des Säuglings zugleich mit der Wiederentwicklung des Scheidentheils zurück. Doch tritt nicht selten, — meist durch besondere Ursachen, wie öfteren Beischlaf oder Genuß einer allzu nahrhaften Kost, namentlich eines

ungewohnten starken Bieres, Kaffees u. dgl. veranlaßt, — der monatliche Blutabgang, früher wieder ein. Wenn dieser nur einmal sich zeigte, und der Beischlaf vollzogen war, ist gewöhnlich zu besorgen, daß die Säugende von Neuem schwanger geworden sei. — Oft, jedoch nicht immer, hat der Eintritt der monatlichen Reinigung während der Säugung einen störenden Einfluß auf die Beschaffenheit der Muttermilch, und damit auf das Befinden des Säuglings. — Wöchnerinnen, welche nicht säugen, bekommen die Regel gewöhnlich mit 7—12 Wochen wieder.

§. 184.

Beim Absetzen des Kindes pflegt eine um so stärkere Anschwellung der Brustdrüsen einzutreten, je plötzlicher die Unterbrechung der Säugung vor sich geht. Diese nicht selten empfindliche Brustgeschwulst der Abstillenden beruht keineswegs immer auf Entzündung der Brustdrüse (s. §. 402), und verliert sich in der Regel bei zweckmäßigem Verhalten von selbst.

Zweites Kapitel.

Von den Entwickelungen des Neugeborenen und Säuglings.

§. 185.

Neugeboren nennt man ein Kind, an dessen Körper noch Reste des Lebens im Ei, z. B. der Nabelschnurrest, oder Kindspech, Käseschleim bemerklich sind. Vor Gericht wird der Begriff auf die ersten Stunden nach der Geburt beschränkt.

Sobald eine gesunde Frucht aus den Geschlechtstheilen hervortritt, oft schon dann, wenn nur ein größerer Theil derselben der Luft ausgesetzt ist, und daher erkaltet, beginnt dieselbe zu athmen, d. h. durch unwillkürliche Erweiterung des Brustkorbes Luft in die Lungen einzuziehen, und zu schreien, auch wohl zu nießen. Fast gleichzeitig bewegt das Kind die Arme und Beine, leert den Urin aus, und bald darauf bemerkt man an dem in den Mund gebrachten Finger die Bewegungen des Saugens. In den ersten Tagen nach der Geburt pflegt auch das Kindspech, der schwarzgrüne zähe Darminhalt der Frucht (§. 67), ausgeleert zu werden; vom dritten oder vierten Tage an

muß, wenn das Kind gesund und mit Muttermilch genährt ist, der täglich mehrmals entleerte Koth goldgelb aussehen. Der Urin pflegt nach dem zweiten Tage ein gelbes, bisweilen röthliches Pulver auf den Windeln abzusetzen, ohne daß dadurch eine Krankheit angezeigt würde.

§. 186.

Der am Kinde befindliche Nabelschnurrest vertrocknet, während an seiner Einsenkungsstelle in die Bauchdecken eine geringe Eiterung sich einstellt, mit welcher derselbe zwischen dem vierten bis neunten Tag abgesondert wird, so daß alsdann eine Vernarbung und damit die Nabelbildung erfolgen kann.

§. 187.

Die Hautfarbe des Neugeborenen wird in der Regel nach zwei bis drei Tagen leicht gelblich, in einzelnen Fällen, zumal bei anderweitem Kranksein, citronen- bis braungelb. Die große Mehrzahl der Kinder befindet sich während dieser sogenannten Gelbsucht wohl, und die letztere verliert sich meist vor dem vierzehnten Tage ohne Zuthun der Kunst. Wenn jedoch die gelbe Hautfärbung stärker hervortritt und die Kinder ungewöhnlich viel schreien, nicht schlafen, muß ein Arzt zu Rathe gezogen werden. — In einzelnen Fällen erscheint die Haut auffallend trocken, und es kommt dann bisweilen zu einer merklichen Abschuppung.

In den Brüsten der Neugeborenen stellt sich nicht selten zwischen dem dritten bis achten Tage eine Anschwellung und milchähnliche Absonderung ein, welche, wenn die Brüste nicht gedrückt werden, nach einigen Wochen ohne Nachtheil sich verliert.

§. 188.

Außer dem durch das Saugen kundgegebenen Bedürfniß nach Nahrung zeigt der Neugeborene, wenn er wacht, Verlangen nach Licht, und richtet seine Augen nach demselben hin. Seine Bewegungen werden jedoch erst nach und nach durch die Uebung geregelt, und allmählich dem erwachenden Willen unterworfen. — Das anfänglich sehr vorwiegende Bedürfniß nach Schlaf und Ruhe schwindet bei weiterer Entwickelung mehr und mehr.

§. 189.

Um den neunten Lebensmonat, bei einigen Kindern früher, bei anderen später, treten in der Regel zuerst die mittleren Schneidezähne am Unterkiefer, dann die entsprechenden am Oberkiefer, hierauf die beiden äußeren Schneidezähne oben und unten, später die ersten Backenzähne, weiterhin die Spitz- oder Augenzähne, endlich die zweiten Backenzähne und damit die letzten Wechselzähne aus dem Zahnfleisch hervor. Mit dem Beginn des Zahndurchbruchs wird die Säugung naturgemäß beendet.

Drittes Kapitel.

Zeichenlehre des Wochenbettes und des Zustandes eines Neugeborenen.

§. 190.

A. Kennzeichen einer vor Kurzem überstandenen Geburt.

Daß eine Frau vor wenigen, d. h. innerhalb 12 bis 14 Tagen vorher entbunden sei, kann die Hebamme nur so lange mit Sicherheit behaupten, als sie

1) die Mutterkugel noch über den Schambeinen fühlt,

2) den Scheidentheil noch dick, wulstig und eingerissen, und den Muttermund so geöffnet findet, daß sie bequem mit dem Finger eindringen kann, während die Scheide schlaff erscheint; und

3) den eigenthümlich riechenden Wochenfluß an dem untersuchenden Finger wahrnimmt. Sehr bedeutsam ist

4) bei Besichtigung der äußeren Geschlechtstheile ein nicht vernarbter Einriß in dem Schambändchen oder an einer anderen Stelle des Scheideneingangs oder ein daraus hervorgegangenes Geschwür, welches die Hebamme jedoch mit anderen hier vorkommenden Geschwüren nicht verwechseln darf.

5) Für eine etwas längere Zeit dient auch die Anfüllung der Milchgänge in den Brüsten mit Milch zum Beweis einer vor wenigen Wochen erfolgten Geburt; eine Erscheinung, welche jedoch bei stattgefundener Säugung auch nach Monaten noch bestehen kann.

§. 191.

B. Auf eine vor Monaten oder Jahren stattgehabte Entbindung hat die Hebamme zu schließen, wenn sie

1) die Bauchdecken runzelig und faltig findet, welche Beschaffenheit jedoch auch durch vorausgegangene andere beträchtliche Ausdehnungen der Bauchdecken z. B. in Folge von Eierstockswassersucht bedingt sein kann,

2) wenn sie an den übrigens gehörig festen, glatten und zusammengezogenen Muttermundslippen narbenartige Einkerbungen entdeckt,

3) wenn sie neben den so eben erwähnten Veränderungen bei sonst glatter schlaffer Scheide Narben von Einrissen in dem meist erweiterten Scheidenausgange nachzuweisen vermag.

§. 192.

C. Die Zeichen, aus welchen die Hebamme schließen kann, daß ein neugeborenes Kind reif und ausgetragen sei, sind:

1) ein Gewicht von mehr als fünf Pfund,

2) die §. 77 und 79 angegebenen Maaße des Kopfes und des übrigen Körpers,

3) die Anwesenheit von beiläufig über 1 Cm., etwa $^1/_2$ Zoll langen, bestimmt gefärbten Kopfhaaren, während das Wollhaar größtentheils ausgefallen ist,

4) das Hervorstehen der festgebildeten Fingernägel über die Fingerspitzen und eine entsprechende Entwickelung der Zehennägel,

5) eine gehörige Entwickelung und nicht zu rothe Farbe des Hodensackes bei Knaben, sowie der großen Schamlippen bei Mädchen.

§. 193.

D. Daß ein Kind vor der rechten Zeit geboren sei, kann die Hebamme behaupten, wenn dasselbe

1) ohne nachweisliche Krankheit beträchtlich unter den gewöhnlichen Maaßen und Gewicht bleibt,

2) wenn die Haut noch auffallend weich, roth und allerorten mit Wollhaar bedeckt ist, während

3) die eigentlichen Kopfhaare und Nägel in der Entwickelung zurück sind, auch die großen Schamlippen oder der Hodensack noch auffallend klein und roth erscheinen, so daß die inneren Schamlippen

und der Kitzler hervorragen, oder die Hoden im Hodensack fehlen, welcher Mangel jedoch auch bei reifen Früchten bisweilen beobachtet wird.

Zu früh geborene Kinder pflegen überdieß nicht kräftig zu schreien, sondern nur zu wimmern, sich wenig zu bewegen, und sehr viel zu schlafen.

Viertes Kapitel.

Von dem, was die Hebamme bei einer gesunden Wöchnerin und Säugenden, sowie bei einem gesunden Neugeborenen und Säugling zu rathen und zu thun hat.

A. Von dem Verhalten und der Pflege der Wöchnerin und Säugenden.

§. 194.

Die Hebamme muß, falls nicht eine ausgebildete Wochenpflegerin angenommen ist, eine Wöchnerin in den ersten neun Tagen wo möglich zwei Mal des Tags besuchen, später bis zu vier oder sechs Wochen mindestens ein Mal täglich, und sich genau nach dem Befinden derselben und des Neugeborenen erkundigen. Sie hat bei diesen Besuchen außer auf die gehörige Reinlichkeit, Lüftung und Wärme des Wochenzimmers vor Allem darauf zu achten, ob die Wöchnerin ruhig geschlafen, ob sie Urin gelassen und Stuhlausleerung gehabt hat, ob der Puls ruhig und nicht beschleunigt ist, wie der Wochenabgang beschaffen, ob die äußeren Geschlechtstheile angeschwollen sind, der Unterleib bei einem tieferen Druck schmerzlos, die Mutterkugel gehörig zusammengezogen ist, und dem Tage des Kindbetts entsprechend kleiner geworden, ob die Haut warm und vom Schweiß mäßig feucht ist, endlich ob die Brüste gehörig gefüllt sind, und bei Säugenden, ob die Warzen das Säugen des Kindes gestatten.

§. 195.

Unmittelbar nach der Entbindung, sowie in den nächstfolgenden Tagen hat die Hebamme, nach Herrichtung des Wochenlagers durch Entfernung aller durchnäßten Unterlagen, vor Allem für die einer Wöchnerin so nöthige Ruhe Sorge zu tragen. Deshalb verbiete sie,

zumal wenn die Wöchnerin reizbar und schwächlich ist, alle Besuche und jede Störung des der Wöchnerin so nöthigen Schlafes. Die Meinung, daß eine Neuentbundene unmittelbar nach vollendeter Geburt nicht schlafen dürfe, ist ein für die Wöchnerinnen höchst nachtheiliger Irrthum; die einer Neuentbundenen in den ersten Stunden während des Schlafes, aber auch im Wachen drohenden Gefahren, insbesondere eine Nachblutung, müssen durch unausgesetzte Beobachtung, zeitweiliges Befühlen der Mutterkugel und Besichtigung des Stopftuches rechtzeitig erkannt und nach §. 369 bis 373 behandelt werden. —

Ebenso, wie alle Gemüthsbewegungen von einer Wöchnerin fern gehalten werden sollen, hat man auch alle körperlichen Anstrengungen z. B. beim Heben des Kindes oder bei der Stuhlausleerung, sowie das auf den Kopf-Greifen beim Ordnen der Haare zu untersagen. — Solange noch blutiger Schleim aus den Geschlechtstheilen abgeht, also in der Regel 9 Tage lang oder mehr soll eine Wöchnerin die ruhige Lage im Bett, anfangs auf dem Rücken, später auf der einen oder anderen Seite beobachten. Eine anhaltende Rückenlage wird nach dem fünften Tage des Wochenbettes leicht nachtheilig, indem dadurch eine Zurückbeugung der Gebärmutter begünstigt wird. Das Anlegen einer Leibbinde ist zwar nicht nöthig, bisweilen sogar schädlich, kann aber bei großer Erschlaffung und unbehaglichem Gefühl der Wöchnerin wohl gestattet werden.

§. 196.

Das Wochenzimmer sei gut gelüftet, vor hellem Sonnenschein ebenso wie vor allzugroßer Dunkelheit geschützt, die Wärme 15—16° R. Ebenso, wie man eine Wöchnerin vor ungewöhnlich niederer Temperatur und insbesondere vor Zugluft zu bewahren hat, damit sie nicht friere, ebenso sorgfältig verhüte man eine übermäßige Wärme, ganz vorzüglich aber einen plötzlichen Temperaturwechsel. Zu hohe Wärme der Zimmerluft verursacht übermäßiges Schwitzen und Frieselbildung; rascher Wechsel der Temperatur Frostanfälle mit nachfolgenden Entzündungen. Das Zulassen reiner Luft geschieht am Besten durch das Oeffnen einer hinlänglich großen Thüre aus einem anderen Zimmer, in welchem für reine gehörig warme Luft gesorgt war. Muß man ein Fenster öffnen, so schütze man die Wöchnerin durch sorgfältige Bedeckung vor Zugluft.

Zu Verhütung von Erkältung. und um die Neuentbundene nicht

allzuviel zu bewegen, sei man besonders vorsichtig beim Umkleiden, und unterlasse es, wie den Wechsel der Bettwäsche in den ersten vier Tagen des Wochenbettes, falls nicht beträchtliche Durchnässung oder Verunreinigung der Wäsche dazu zwingen. Jedenfalls benutze man bereits einmal gebrauchte gehörig durchwärmte, jedoch nicht allzuheiße Leib- und Bettwäsche; weshalb die Hebamme einer Hochschwangeren rathe, dergleichen einmal gebrauchte Wäsche vor der Entbindung zu sammeln. Auch die täglich ein bis zwei Mal zu erneuernden Unterlagen (Durchzüge) müssen ebenso, wie das noch öfter zu wechselnde Stopftuch gehörig durchwärmt und wo möglich nicht neugewaschen sein. Sollte ein Umbetten nach der Entbindung oder später nöthig werden, so muß das reine Bett entsprechend durchwärmt und an das bisher benützte Lager recht nahe herangeschoben werden, damit die Wöchnerin ohne eigene Anstrengung hinübergehoben werden könne.

Zweckmäßiger als das übliche Abwaschen der äußeren Geschlechtstheile mit einem jedenfalls für jede Wöchnerin neu zu beschaffenden Waschschwamme und lauwarmen Wasser sind die täglich 2 bis 3 Mal zu wiederholenden Ausspritzungen der Scheide mit lauem Wasser oder Leinsamenabsud. Zum Auffangen der wieder abfließenden Flüssigkeit schiebe die Hebamme eine erwärmte Bettschüssel unter die Theile, verhüte aber die Entblößung des Unterleibes und der Schenkel. Gewandtere Frauen werden mit einer Kautschukballonspritze diese Einspritzungen unter Beistand der Hebamme selbst machen ohne die Bettdecke zu entfernen. Hinterbleibt in den späteren Tagen des Wochenbettes ein stärkerer Schleimfluß, so setze man 1 Eßlöffel voll Bleiwasser zu der einzuspritzenden Flüssigkeit. Besitzt die Wöchnerin nicht, wie zu empfehlen ist, ihre eigene Scheidenspritze, so bediene sich die Hebamme zu derartigen Einspritzungen eines stets vorher auszukochenden zinnernen Einspritzrohres (s. §. 420). Diese lauen Einspritzungen dienen nicht allein zur Abspülung des übelriechenden Wochenflusses und zur rascheren Heilung der kleinen Wunden im Geburtskanal, sondern haben sich auch gegen die oft recht empfindlichen Nachwehen (§. 176) bei Mehrgebärenden heilsam gezeigt. Zur Milderung der letzteren kann man auch wohl durchwärmte wollene Tücher oder temperirte Wasserumschläge (von 20—24° R.) alle 1—2 Stunden auf den Unterleib auflegen.

§. 197.

Hinsichtlich der Nahrung ist in den ersten 4 Tagen einer gesunden Wöchnerin nur der Genuß von Wassersuppe mit Gries, Reis, Graupen, und von Milch und Semmel, letztere auch mit Butter bestrichen zu gestatten. Daneben kann reines Quellwasser in geringen Mengen oder Brod- und Zuckerwasser, auch wohl ein abgekühlter Aufguß von Eibischwurzel, Lindenblüthen und Königskerzen oder nach Gewohnheit von schwarzem chinesischen Thee mit Zucker und Milch, oder Hafergrütze, sowie Mandelmilch gereicht werden. Gekochte Aepfelschnitzen und ebensolche getrocknete Pflaumen mögen insbesondere da, wo es sich nöthig macht, die Stuhlausleerung zu befördern, erlaubt werden. Fleischbrühe, Kaffee und ein nicht zu starkes, aber auch nicht blähendes Bier gestattet man in der Regel erst, nachdem die Milchabsonderung und das Säugungsgeschäft vollkommen hergestellt sind, frühestens vom fünften Tage an. Aber auch später, wenn die Wöchnerin (etwa mit der vierten Woche) zu ihrer gewöhnlichen Kost zurückgekehrt ist, soll sie schwerverdauliche, stark gewürzte, scharfe Speisen und erhitzende Getränke vermeiden. — Der übliche Kamillenthee ist nur als Arzneimittel für bestimmte Fälle, z. B. bei Blähungsbeschwerden zu gestatten; er wird unter anderen Umständen nicht selten nachtheilig. Wenn es nöthig scheint, die gestörte Hautausdünstung zu befördern, verdient die warme Limonade oder Lindenblüthenthee den Vorzug.

§. 198.

Sollte eine Wöchnerin den Urin nicht lassen können, so hat die Hebamme zunächst durch sanftes Reiben der Bauchdecken oberhalb der Schamfuge und mittelbar der ausgedehnten Harnblase das Harnlassen zu befördern. Wenn dies nicht hilft, so muß diese Ausleerung durch vorsichtige Einführung des Katheters (§. 421) täglich 2—3 Mal bewirkt werden, falls nicht andere krankhafte Erscheinungen sofort die Herbeiholung eines Arztes erheischen. Die stockende Stuhlausleerung befördere die Hebamme, wenn nöthig, am zweiten oder dritten Tage durch ein Klystier aus Oel, Honig und warmem Wasser, oder auch aus Kamillenthee mit Oel und etwas Seife. Bei dauernder Störung der Urin- oder Kothausleerung muß ein Arzt gerufen werden. — Beiderlei Ausleerungen müssen in den ersten acht Tagen des

Wochenbettes auf der erwärmten Bettschüssel verrichtet, und alles stärkere Pressen und Drängen dabei verboten werden.

§. 199.

Jede gesunde Mutter soll ihr Kind säugen; die Hebamme hat deshalb das Kind, nachdem sich die Mutter durch sechs bis acht Stunden ruhigen Schlafs von den Anstrengungen der Geburt erholt hat, an deren Brust zu legen. Bei großer Ermattung der Mutter und mangelnder Füllung der Brust geschehe dieß erst später, etwa am zweiten Tage nach der Entbindung. So wünschenswerth es aber ist, daß gleich das erste Anlegen des Kindes gelinge, weshalb darauf geachtet werden muß, daß das Kind begierig und nicht durch eingeflößten Thee u. s. w. vorher gesättigt sei, eben so nothwendig für das Befinden der Mutter, zumal einer zarteren, erscheint es, die ersten Versuche des Säugens nicht allzulange auszudehnen, auch dieselben je nach der besonderen Empfindlichkeit Anfangs nur alle sechs bis zwölf Stunden zu wiederholen, und bei fieberhaften Erkrankungen überhaupt zu beschränken oder ganz einzustellen.

§. 200.

In den folgenden Fällen ist das Säugen zu widerrathen:

1) bei Frauen, deren Brüste und Warzen so fehlerhaft beschaffen sind, daß dieselben auch durch längere Bemühungen nicht dazu geeignet gemacht werden können. Doch gebe die Hebamme hier nicht allzubald die Hoffnung und ihre Bemühungen auf; denn es ist kaum glaublich, wie viel sogar bei den höheren Graden sogenannter Hohlwarzen durch andauerndes, oft wiederholtes Aufsetzen von mit heißem Wasser ausgespülten kleinen Flaschen oder von Saugegläsern und Milchziehern (z. B. aus vulkanisirtem Kautschuk) zur Beseitigung dieses Hindernisses geleistet werden kann.

2) Frauen, welche nach früheren Niederkünften Vereiterungen der Brüste überstanden haben, mögen das Säugen an der betreffenden Brust entweder ganz unterlassen, oder doch nur mit besonderer Vorsicht versuchen, und bei eintretenden Schmerzen sogleich wieder aufgeben, weil außerdem von Neuem hartnäckige Entzündungen der Brüste (§. 402) entstehen.

3) Endlich dürfen Frauen, welche an Schwindsucht, Epilepsie, Geisteskrankheiten, chronischen Hautausschlägen und syphilitischen (ve-

nerischen) Krankheiten leiden, oder welche sehr leidenschaftlich und jähzornig sind, ihre Kinder nicht säugen.

§. 201.

Da das längere Aufsitzen in den ersten Wochen für die Mutter nachtheilig ist, so muß sie das Kind in dieser Zeit und während der Nacht auch später, falls sie nicht schlafsüchtig ist, nur in der halben Seitenlage an die Brust legen. Der Säugling ruht dabei auf dem entsprechenden Arm der Mutter. Auf diese Weise kann dem Säugling die nöthige, anfangs längere Zeit ($^1/_2$ Stunde und mehr) ohne Nachtheil für die Mutter gewährt werden, damit er sich satt trinke. Beim Säugen reiche die Mutter beide Brüste abwechselnd und sorge, indem sie die Brust neben der Warze mit zwei Fingern zurückhält, dafür, daß das Kind beim Saugen frei athmen könne. Nachdem das Kind weggelegt ist, mögen die Brustwarzen durch Abwaschen mit Wasser gereinigt werden. In den folgenden Wochen suche man eine gewisse Ordnung herzustellen, indem man dem Kinde, solange es gesund ist, nicht bei jedem Aufschreien, sondern nur in größeren Absätzen, etwa alle zwei bis drei Stunden und während der Nachtzeit erst nach sechs bis sieben Stunden die Brust geben läßt. Zartere Frauen, welche wenig Milch haben, mögen das Kind minder häufig anlegen, und dafür, zumal Abends anderweite Milch, am besten frische Kuhmilch mit etwas warmen Wasser oder Fenchelthee gemischt, so warm als man sie am Auge leiden kann, aus einer Saugflasche geben.

§. 202.

Wie überhaupt Wöchnerinnen vor Erkältungen (z. B. bei ihren Ausgängen ins Freie, welche je nach der Jahreszeit und Witterung in der vierten bis siebenten Woche gestattet werden können, und bei dem üblichen Kirchgange) gewarnt werden müssen, so haben sich auch säugende Frauen vor Erkältungen insbesondere der Brüste zu hüten. Sie sollen die Brüste mit einem in feine Leinwand eingeschlagenen Stück Flanell bedecken, und durch ein geeignetes Leibchen unterstützen. Nicht minder als Erkältungen sind Gemüthsbewegungen, Körperanstrengungen und der Beischlaf von Frauen, welche nähren, zu vermeiden. Jedenfalls hat man die Säuglinge nach einer bedeutenderen Gemüthsbewegung, ebenso wie nach einer eben genossenen Mahlzeit sofort nicht an die Brust zu legen.

Die Nahrung der säugenden Frauen bestehe in nahrhaften, leicht verdaulichen Speisen, z. B. Fleisch, Fleischbrühe mit Gries, Reis, leichten Mehlspeisen, nicht blähenden Gemüsen u. dergl., während Salat und frisches Obst zu vermeiden sind; ferner mögen nährende, aber nicht erhitzende Getränke z. B. Milch, Hafergrütze u. dergl. reichlich genossen werden. Die Gewohnheit und der Zustand der Verdauungsorgane der Mutter bedingen jedoch in beiderlei Hinsicht große Verschiedenheiten. Während z. B. der einen Frau beim Säugen größere Mengen von Bier zusagen, bemerkt die andere dabei eine vorzeitige Wiederkehr der monatlichen Reinigung.

Regelmäßige Bewegung in freier Luft ist, so oft es die Witterung erlaubt, Säugenden sehr zu empfehlen; heftigere Bewegung, wie z. B. das Tanzen dagegen zu verbieten. Noch wichtiger aber erscheint die ungestörte Nachtruhe; denn Mangel an Schlaf läßt die Milch bald versiegen. Aus diesem und anderen Gründen ist das übliche Aufsitzenlassen der Ammen außer dem Bett bestimmt zu widerrathen.

Warme Fuß- oder allgemeine Bäder befördern das Wiedereintreten des monatlichen Blutflusses, und müssen deshalb vermieden werden.

§. 203.

Obschon im Allgemeinen das Säugen bis zum Durchbruch der Zähne des Kindes fortgesetzt werden mag, so muß für den Zeitpunkt des Abgewöhnens im einzelnen Fall doch der Kräftezustand und das Befinden der Mutter, ebenso wie das Gedeihen des Kindes maaßgebend sein. Der Eintritt der monatlichen Reinigung fordert nur dann das Absetzen, wenn entweder der Säugling dabei Zeichen von gestörter Verdauung kund giebt, oder die Mutter sich angegriffen und geschwächt fühlt. Sollte eine neue Schwangerschaft zu Stande gekommen sein, (vergl. §. 183), so muß das Kind unbedingt abgewöhnt werden.

Zweckmäßig geschieht das Abgewöhnen, wenn möglich so, daß die Frau das Kind immer seltener, zuletzt nur Früh und Abends anlegt und inzwischen an andere Nahrung gewöhnt.

§. 204.

Frauen, welche *nicht säugen können*, oder die gesäugten Kinder *abgewöhnen*, und daher an Anschwellungen der Brüste leiden, haben sich vor Allem nahrhafter Speisen und Getränke zu enthalten, das Ausfließen der Milch durch Auflegen von mit Zucker durchräu-

cherter Watte, oder durch Essigdämpfe zu fördern, auch wohl für reichliche Stuhlausleerung durch das Trinken einer Auflösung von sechs Loth Bittersalz in einer Flasche Wasser (Morgens 1—2 Tassen voll) zu sorgen. Eine ungewöhnlich starke und harte Anschwellung der Brüste wird theils durch den Genuß säuerlicher Getränke z. B. Limonade, theils durch Waschungen der Brüste mit erwärmtem Essig und Branntwein zertheilt, während man bei großer Empfindlichkeit der Geschwulst dieselbe durch öfteres Bestreichen mit warmen milden Oel oder einer erwärmten Salbe aus Wallrath und süßem Mandelöl mäßigen kann.

B. Von der Pflege des Neugeborenen und Säuglings.

§. 205.

Nachdem die Hebamme nach Anleitung des §. 157 die Nabelschnur unterbunden und durchschnitten, und alles das, was §. 158 gelehrt ist, beobachtet hat, soll sie das auf ihrem linken Vorderarm liegende neugeborene Kind in ein mäßig warmes Bad (etwa 27—28° R. d. h. so warm, daß dasselbe dem hineingehaltenen entblößten Ellbogen angenehm erscheint) bringen, und in demselben beiläufig fünf Minuten lang mit einem reinen Schwamme sorgfältig abwaschen, nachdem sie die mit Kindesschleim stärker bedeckten Hautstellen vorher mit etwas Fett, ungesalzener Butter oder Eigelb bestrichen hat. Während sodann das Kind auf einer erwärmten Unterlage sorgfältig abgetrocknet wird, hat man nachzusehen, ob alle Körperöffnungen, namentlich die Harnröhrenmündung und der After gehörig gebildet sind, oder ob sich sonstige Bildungsfehler vorfinden. In diesem Falle hat die Hebamme dem Vater oder den Angehörigen davon Anzeige zu machen, um einen Arzt herbeizuholen, keinesfalls aber die Mutter mit dergleichen Nachrichten zu erschrecken, sowie sie derselben auch das etwa durch Anschwellung des Gesichtes entstellte Kind nicht sogleich zeigen darf.

Nach dem Abtrocknen des Kindes überzeuge sie sich nochmals, daß der Nabelschnurrest gehörig unterbunden ist, und schlage denselben sodann in ein viereckiges, mit Fett bestrichenes gespaltenes Leinwandstück, welches mit einer etwa $1^1/_2$ Elle langen, jedoch nicht allzufest anzuziehenden Nabelbinde auf der linken Seite des Unterleibes befestigt werde.

§. 206.

Hinsichtlich der Bekleidung des Neugeborenen ist die Bedeckung des Kopfes mit einem Mützchen oder Häubchen nicht nothwendig, dagegen ziehe die Hebamme dem Kinde ein Hemdchen und Jäckchen oder Leibchen an, welches letztere aus Baumwolle gestrickt sein mag, umgebe auch wohl zum Schutze des Nabelschnurrestes den Unterleib mit einer kurzen gestrickten baumwollenen Binde, und schlage den Rumpf und die Beine in eine leinene und wollene Windel, jedoch so lose, daß das Kind unbehindert athmen und sich bewegen, insbesondere seine Glieder an den Rumpf heranziehen kann. Das in dieser Weise eingehüllte Kind legt man alsdann in eine mäßig warme Einbinde, welche durch Bänder, nicht durch Nadeln, lose geschlossen werden mag. Eine allzufeste Bekleidung des Kindes, wie das Hineinpressen in ein Federbettchen, und die Einwickelung mit langen Binden, sogen. Wickelschnuren, ist nicht selten von nachtheiligen Folgen, und daher ganz zu verwerfen.

§. 207.

Obschon das Liegen des Kindes im Bette neben der eigenen Mutter naturgemäß ist, so scheint es doch aus mehrfachen Gründen rathsam, und bei schlaftrunkenen Müttern unerläßlich, daß den Kindern ein eigenes Bettchen, anfangs etwa in einem hinlänglich großen Wannenkorb geschafft werde. Die Sitte, das Kopfende dieses Bettchens oder der Wiege mit dichten dunkelen Vorhängen zu umgeben, ist minder zweckmäßig, als den in die Kinderstube etwa einfallenden Sonnenschein durch passende Vorhänge an den Fenstern des Zimmers gleichmäßig abzuhalten. Eine allzugroße Verdunkelung der Wochen- und Kinderstube ist aber nachtheilig.

Gesunde Kinder dürfen in ihrem Bettchen nicht immer auf dem Rücken, sondern sollen meist auf der einen oder anderen Seite liegen, damit sie beim Erbrechen durch Eindringen des Speisebreies in den Kehlkopf und die Luftröhre nicht ersticken. Kräftige Kinder bedürfen keiner Wärmflasche; letztere diene nur zur Erwärmung der Windeln u. s. w.

§. 208.

Neugeborene und Säuglinge sollen täglich, oder doch jeden zwei-

ten Tag in reinem lauwarmen Wasser, auch mit Zusatz von Kleienabsud, Milch u. dgl. gebadet werden; die Wärme des Bades mag allmälig bis auf 24° R. und weiter abnehmen. Stehen dem Baden Hindernisse entgegen, so wasche man die Kinder täglich mit einem reinen Schwamm und lauem Wasser; hüte sich jedoch dieselben zum Bad, wie zum Waschen unmittelbar aus dem Schlaf, oder von der Brust wegzunehmen.

So oft das Kind sich verunreinigt, muß es sorgfältig gereinigt und in trockene durchwärmte Windeln gelegt werden; um den Wechsel der Windeln, zumal zur Nachtzeit, ohne Aufenthalt bewirken zu können, ist es empfehlenswerth stets einen Wickel (eine kleinere und eine größere leinene und eine wollene Windel) um eine Wärmflasche geschlagen vorräthig zu halten. —

Der Nabelschnurrest werde, so lange er am Kinde haftet, täglich in ein reines, mit Fett oder Talg bestrichenes Läppchen geschlagen, und vorsichtig mit einer Nabelbinde befestigt. Nach dem Abfallen desselben legt man auf den Nabel, bis derselbe nicht mehr näßt, ein mit frischer Butter oder mit Talg bestrichenes Leinwandbäuschchen, welches man mit einer Nabelbinde befestigt; die letztere soll bei häufig schreienden Kindern auch noch einige Zeit nach Verheilung des Nabels fortgeführt werden.

§. 209.

Der Genuß der freien Luft ist den kleinen Kindern nur bei wärmerer Witterung zuträglich, daher das Austragen derselben bei erheblicher Kälte und rauher Luft untersagt werden muß.

Wiegen, Schaukeln und erschütterndes Herumtragen sind zwar Mittel zur Betäubung schreiender Kinder, aber eben deshalb verwerflich. Zweckmäßiger ist das Fahren in einem passenden Kinderwagen. — Ein neugeborenes Kind und Säugling sollte gewöhnlich in seinem Bette liegen, und nie in dem so nöthigen Schlafe gestört werden. So oft ein Kind aber anhaltend schreit, öffne man die Einbinde, und forsche nach der Ursache der Unruhe, welche, abgesehen von Durst oder Hunger meist in einem schmerzhaften Druck eines Bandes, oder in Durchnässung und Verunreinigung der Windeln gefunden werden dürfte. Schreit ein Kind nach Beseitigung dieser Ursachen längere Zeit fort, so ist eine Krankheit anzunehmen, und der Arzt zu fragen.

§. 210.

Das neugeborene Kind bedarf in den ersten 6—8 Stunden nach der Geburt gewöhnlich keiner Nahrung; sollte dasselbe alsdann nicht an die Brust gelegt werden können, so flöße man ihm einige Theelöffel voll warmen Zuckerwassers ein, bekämpfe aber durchaus den üblichen Mißbrauch von Rhabarbersäftchen u. dergl.

Die entsprechendste Nahrung für Neugeborene und Kinder während der ersten neun Lebensmonate ist die Muttermilch, über deren Darreichung bereits §. 201 das Nöthige mitgetheilt ist. Dieselbe wird, wo sie nicht von der eigenen Mutter gewährt werden kann, am besten durch eine gesunde Amme ersetzt. Die Auswahl einer Amme ist aber eine schwierige Aufgabe und daher einem Arzt zu überlassen; denn es handelt sich dabei nicht allein, wenn schon vorzugsweise um das gegenwärtige Befinden der Amme und ihres Kindes, sondern auch um Krankheitsanlagen, welche der Hebamme entgehen möchten.

§. 211.

Ist eine gute Amme nicht zu haben, so muß das Kind künstlich aufgefüttert werden, und dazu ist gute Kuhmilch, welcher man anfangs die Hälfte, dann den dritten, später den vierten Theil abgekochten Wassers, oder eines ganz leichten Fenchel- oder Königskerzen- oder Kamillenthees zusetzt, zu empfehlen. Die Kuhmilch muß täglich zwei bis drei Mal frisch von einer und derselben Kuh, welche wo möglich mit trockenem Heu u. dgl. aber nicht mit Trestern oder Schlempe gefüttert werden darf, genommen, und zunächst ein Mal aufgekocht, zu jedem einzelnen Gebrauch aber mit einer Messerspitze voll Milchzucker versetzt, und durch den Zusatz von heißem Wasser oder Thee soweit erwärmt werden, daß man die das Getränk enthaltende Saugflasche am Auge leiden kann, also etwa bis zu 29 Grad des Reaumur'schen Thermometers. — Bei eintretender Hartleibigkeit ist eine Mischung der Kuhmilch mit Arrowrootlösung, sowie ein etwas stärkerer Zusatz von Milchzucker zu empfehlen. — Von der in der angegebenen Weise gemischten Kuhmilch reiche man alle 3—4 Stunden anfangs eine Tasse, später bis zu 3 Tassen voll. Das nicht Genossene muß man beseitigen und nicht wieder aufwärmen. —

§. 212.

Nach dem ersten halben Jahre sagt den Kindern schon eine leichte Fleischbrühe von Kalbfleisch, Hühnern oder Tauben mit Gries, Sago, weichgequelltem Reis u. dergl. zu. Auch hat die Erfahrung gezeigt, daß man alsdann den Kindern mit Nutzen einen Brei aus Zwieback oder gut gerösteten weißen Semmeln mit heißem Wasser, oder Fenchelthee und etwas Zucker bereitet, täglich 1—2 Mal zu 2—3 Eßlöffel voll neben Milch und Fleischbrühe geben kann. Festere und mannigfaltigere Nahrung, Mehl- oder Kartoffelbrei u. dgl. ist den Kindern vor dem Durchbruch der Zähne nicht dienlich.

§. 213.

Die erwähnten flüssigen Nahrungsmittel reicht man den kleinen Kindern am zweckmäßigsten in dem mit einem aus Elfenbein oder aus Kautschuk gefertigten Mundstück versehenen Saugfläschchen, dessen Pfropf und Mundstück oder Gummisauger nach jedesmaligem Gebrauch in frisches Wasser gelegt werde. Ueberall, sowohl hinsichtlich der Geschirre, wie der Bereitung der Speisen muß die größte Reinlichkeit beobachtet, insbesondere sollen alle in Gährung begriffenen Substanzen sorgfältig entfernt, daher auch keine Nutschbeutel, Zuller oder dergl. verabreicht werden. Aus demselben Grunde hat man auch jedes Mal, nachdem das Kind Nahrung zu sich genommen hat, dessen Mund mit einem in reines Wasser getauchten Leinwandstücke zu reinigen.

§. 214.

Wenn die Mutter das Auffüttern des Kindes — ein ebenso mühsames wie wichtiges Geschäft, welches große Sorgfalt, Geduld und Ausdauer erheischt, und von dessen Ausführung die spätere Gesundheit in hohem Grade abhängt, — nicht selbst besorgen kann oder will, so ist es nothwendig, daß eine verständige, aufmerksame und erfahrene Kindeswärterin dafür angenommen werde. Unerfahrene Frauen muß die Hebamme in der Wartung und Pflege der Kinder unterrichten, und dabei gegen die eingewurzelten Vorurtheile und üblen Gewohnheiten mit Ernst ankämpfen. — Da wo nicht eine besondere Kindswärterin angenommen ist, muß die Hebamme das Kind während der ersten

Wochen, jedenfalls bis der Nabel völlig abgeheilt ist, täglich waschen, baden und ankleiden. —

Schließlich sei jedoch schon hier bemerkt, daß die Abwartung Gebärender allen anderen Obliegenheiten der Hebamme vorgehe; insbesondere gilt dies hinsichtlich der üblichen Geschäfte bei Kindtaufen u. s. w. Versäumnisse in der Pflege gebärender Frauen werden durch keine anderweiten Geschäfte entschuldigt.

Dritter Theil.

Von den Störungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, und von dem Verhalten der Hebamme dabei.

§. 215.

Die Störungen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, sowie die Krankheiten Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen wie ihrer Früchte, muß die Hebamme kennen lernen, nicht sowohl um sie ärztlich zu behandeln, als vielmehr, damit sie dieselben wo möglich verhüten, oder doch rechtzeitig, d. h. so bald, als sie beginnen, entdecken, und die entsprechende Hülfe bei dem Arzte suchen könne.

Die Kenntniß der Zeichen dieser Gesundheitsstörungen und Erkrankungen erscheint aber um so nothwendiger, je gefährlicher einzelne derselben bei Vernachlässigung ihres ersten Auftretens zu werden pflegen, und je schwieriger im einzelnen Fall die richtige Beurtheilung der ersten wenig hervortretenden Erscheinungen jener Störungen ist, so daß sie von Laien nur allzuhäufig übersehen werden, und deßhalb oft die günstigste Zeit zur Hülfe versäumt wird.

Hat die Hebamme auch von den Ursachen der in Rede stehenden Störungen und Krankheiten Kenntniß, so wird sie ferner nicht selten in den Stand gesetzt, den Gesundheitsstörungen in denjenigen Fällen vorzubeugen, in welchen sie zu rechter Zeit die Schwangere zu berathen veranlaßt wird.

Endlich muß die Hebamme über die fraglichen krankhaften Zustände auch deßhalb unterrichtet sein, weil sie, wenn gleich die eigentliche Hülfe von dem Arzt geleistet werden soll, doch wissen muß, in

welcher Weise den dringlichen Gefahren bis zur Ankunft des Arztes begegnet werden könne, und wie die Anordnungen des Arztes auszuführen, und demselben bei Operationen Beistand zu leisten ist.

I. Abschnitt.

Von den Störungen der Schwangerschaft, und den Krankheiten Schwangerer, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

Erstes Kapitel.

Von den Blutflüssen bei Schwangeren im Allgemeinen, und aus den Geburtstheilen insbesondere.

§. 216.

Blutungen kommen bei Schwangeren häufig vor, und zwar bisweilen aus der Nase, oder aus dem Zahnfleisch, aus den Lungen, oder aus dem Magen, oder aus zerrissenen Blutaderknoten an den Beinen und Schamlippen, am häufigsten aber aus den Geburtstheilen, und insbesondere aus der Gebärmutter.

§. 217.

Sobald irgend größere Mengen von Blut aus den Adern ausgetreten sind, mag das Blut äußerlich hervorfließen (äußere Blutung), oder in innere Höhlen z. B. die Gebärmutter- oder Bauchhöhle ergossen werden (innere Blutung), so wird die davon Befallene blaß, kühl, schwach, beklommen, glaubt Geräusche, und Töne z. B. Glockentöne oder Musik, welche nicht vorhanden, zu hören, oder klagt über Dunkelheit und verlangt, daß Licht angezündet werde, während es doch noch heller Tag ist, und fordert endlich mit einer gewissen Hast und Angst, daß die Fenster geöffnet werden, damit frische Luft eintrete. Steht die Blutung nicht, so erfolgt Erbrechen oder Ohnmacht und Bewußtlosigkeit, der Puls wird klein und schnell, oder ist nicht mehr zu fühlen und verschwindet völlig, die Hände und Füße

werden kalt, es bricht ein kalter Schweiß aus, die Kranke wird unruhig, wirft sich hin und her, verfällt endlich in Zuckungen und stirbt. Diese Zufälle treten bald rascher bald langsamer auf, lassen auch wohl zeitweise nach und kehren später wieder. Dabei ist wohl zu merken, daß geringe aber anhaltende Blutungen nicht weniger gefährlich sind als heftige jähe.

Erfolgt der Tod nicht und steht die Blutung, so finden sich meist unter ruhigem Schlaf heilsame Schweiße ein, welche sorgfältig abgewartet werden müssen. Bei ungenügender Pflege und Abwartung folgt bisweilen wassersüchtige Anschwellung der Füße, Neigung zu Herzklopfen und langdauernde große Reizbarkeit.

§. 218.

Aeußere Blutungen werden nicht leicht übersehen; innere Blutungen, welche am häufigsten in der Gebärmutterhöhle oder in der Bauchhöhle, theils bei vorzeitiger Abtrennung des Mutterkuchens, theils bei Zerreißung der Gebärmutter oder des einen Eileiters, in welchem etwa das Ei sich entwickelte (§. 229), stattfinden, hat man dann zu vermuthen, wenn die §. 217 erwähnten Zeichen einer Blutung ohne oder bei geringem äußerlichen Blutfluß auftreten. Zugleich hat die Schwangere dabei auch wohl das Gefühl, als ergieße sich etwas Warmes an der betreffenden Stelle, und bemerkt eine rasche Ausdehnung der Gebärmutter oder des Leibes.

Bei allen bedeutenden Blutungen Schwangerer verlange die Hebamme sofort den Rath eines Arztes. Bis dieser verordnen kann, lasse sie die Kranke auf einem Sopha oder Bett, möglichst wagerecht, sich niederlegen und völlig ruhig halten, suche ihr Gemüth zu beruhigen, indem sie ihr Muth zuspricht, sorge für frische, kühle Luft in dem Zimmer, mache bei drohender Lebensgefahr auf den blutenden Theil kalte Umschläge, und verbiete alle warmen und erhitzenden Speisen und Getränke, wie heiße Suppen, Wein, Kaffee, Chocolade, Bier, Branntwein u. s. w., es sei denn, daß bereits große Schwäche eingetreten wäre. In diesem Falle würde auch vor Ankunft des Arztes das Darreichen von Eiertrank, Fleischbrühe, oder die Anregung der Lebensthätigkeiten durch etwas Wein oder einige Tropfen Hoffmann'sliquor auf Zucker, ebenso wie das Auflegen von Senfpflaster, Meerrettigpflaster auf die Brust oder die Glieder, das Besprengen mit Kölnischem Wasser oder Essig, das Riechen an ein

Bäuschchen aus gequetschtem Semmel mit Essig und dergleichen geboten sein. —

§. 219.

Das Nasenbluten und die Mundblutungen sind bei Schwangeren selten bedenklich, sie stehen in der Regel von selbst, oder auf Anwendung von kaltem Wasser, oder Essig und Wasser theils zum Einschlürfen und Ausspülen, theils zu Aufschlägen auf die Stirn oder das Genick. Sollte dies nicht der Fall sein, so frage man einen Arzt um Rath.

Von den anderen oben genannten Blutungen, z. B. aus der Lunge, dem Magen, geborstenen Adern, welche die Hinzuziehung des Arztes in der Regel erfordern, wird später (§. 244, 361, 364) mehr die Rede sein, hier soll insbesondere von den Blutungen aus den inneren Geburtstheilen Schwangerer gehandelt werden. Diese sind hinsichtlich ihrer Erscheinungen und Folgen verschieden, je nachdem sie in der ersten, oder in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auftreten.

A. Von den Gebärmutterblutungen in den ersten sieben Monaten der Schwangerschaft oder von der Fehl- und unzeitigen Geburt, von der Molenschwangerschaft, und von der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle.

§. 220.

1) In einzelnen, jedoch weit selteneren Fällen, als gemeinhin angenommen wird, soll die monatliche Reinigung auch während der Schwangerschaft wiederkehren; dies ist gewöhnlich nur ein oder zwei Mal der Fall, und zwar in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft, sehr selten bis zur Hälfte derselben. Weit häufiger werden die Anfänge der gleich zu beschreibenden Blutflüsse mit Unrecht und zum Nachtheil der Schwangeren für die monatliche Reinigung ausgegeben.

Bei der Gefahr einer Verkennung anderweiter Gebärmutterblutungen darf die Hebamme einen Blutabgang bei Schwangeren nur dann für die monatliche Reinigung halten, wenn derselbe zu der gewöhnlichen Zeit, und in geringer Menge auftritt, auch von mehr schleimiger Beschaffenheit, und von den bei der monatlichen Reinigung gewöhnlichen Beschwerden begleitet ist. Aber auch in diesem Falle

muß sich die Schwangere legen, und so lange ein kühles Verhalten beobachten, als der Blutabgang dauert. Sollte die Blutung beträchtlicher werden, oder länger, als gewöhnlich anhalten, so muß ein Arzt um Rath gefragt werden.

§. 221.

2) Tritt hingegen eine Blutung aus den Geschlechtstheilen plötzlich, etwa nach Einwirkung einer der gleich zu nennenden Veranlassungen, oder gleich anfangs in ungewöhnlicher Menge ein, oder ist sie mit wehenartigen Schmerzen verbunden, so hat die Hebamme eine Lostrennung der hinfälligen Haut oder des Mutterkuchens von der Gebärmutter anzunehmen, und Gefahr für die Mutter und die Frucht zu besorgen. Denn in der Regel droht dann die vorzeitige Ausstoßung des Eies, welche man, wenn sie innerhalb der ersten vier Monate erfolgt, Fehlgeburt, Umschlag, Mißfall nennt, dagegen unzeitige Geburt, wenn die Ausstoßung zwischen der 16. und 28. Woche stattfindet.

§. 222.

Bei der Fehlgeburt (Abortus) pflegt nach einer heftigen oder mehrere Male wiederholten, auch wohl Tagelang andauernden Gebärmutterblutung und nach mehr oder weniger empfindlichen, wehenartigen Schmerzen das unversehrte Ei als eine glatte, mit einer zapfenartigen Verlängerung (an welcher auch wohl noch größere oder kleinere Lappen von der an der Gebärmutterwand haftenden hinfälligen Haut hängen) versehene, rundliche, oder längliche, verschieden große Masse abzugehen; seltener berstet das Ei und entleert zunächst seinen Inhalt. Vorher war der Scheidentheil aufgelockert, erweicht und der Muttermund eröffnet worden. Sobald das ganze Ei ausgestoßen ist, steht die Blutung fast immer, und es folgt jetzt für einige Tage eine der Wochenreinigung ähnliche Ausscheidung, während sich die Gebärmutter allmälig zurückbildet.

Bei der unzeitigen Geburt berstet gewöhnlich das bereits allseitiger an der Gebärmutterwand haftende Ei, die Frucht geht (in welcher Lage, das ist bis zur 28. Woche gleichgültig) mit dem Fruchtwasser ab, und die Eihüllen folgen mit dem Mutterkuchen gewöhnlich unter Blutungen früher oder später nach.

Das ganze Ei oder nach seiner Berstung die Frucht wie die Ei-

hüllen gehen nicht selten mit Blutgerinnseln oder in denselben verborgen ab, so daß die für die Erkenntniß der Fälle wichtigsten Theile bei Unachtsamkeit unentdeckt bleiben können.

§. 223.

Die häufigsten Veranlassungen zur vorzeitigen Ausstoßung der Frucht und den hier in Rede stehenden Blutungen geben Erschütterungen des ganzen Körpers durch Springen, Tanzen, Fahren auf unebenen holperigen Wegen, oder Erschütterungen der Bauch- und Beckeneingeweide durch starkes Husten, Stoß, Druck, Fall oder Schlag auf den Unterleib, oder bei ungestümen und zu häufigen Beischlaf; ähnlich wirkt das Heben und Tragen schwerer Lasten und andere Anstrengungen, z. B. beim Hervorziehen einer Schieblade. In anderen Fällen veranlassen heftige Gemüthsbewegungen, Schrecken, Angst, Kummer, in noch anderen der Genuß erhitzender Getränke, wie starker Kaffee, Punsch, Wein u. s. w. vorzeitige Geburten, ebenso wie der Gebrauch starker Purgirmittel, reizender Klystiere, oder starke Aderlässe. Endlich können auch verschiedene Krankheiten der Mutter, z. B. Cholera, Blattern, Masern, Scharlach, Lungenentzündung, Lungenschwindsucht u. s. w. oder weit häufiger Krankheiten und Absterben der Frucht sowie Fehler des Eies die Ursache der vorzeitigen Ausstoßung werden. In den letztgenannten Fällen ist der Blutfluß in der Regel geringer, dagegen gehen die Zeichen des Absterbens der Frucht der Ausstoßung vorher, wie das Aufhören der bis dahin bemerklichen Schwangerschaftsbeschwerden, öfteres Frösteln wechselnd mit Hitze, Appetitmangel, übler Geschmack und fauliger Geruch, Gefühl von Kälte und einer fremden Last im Unterrleib, welcher gleich den Brüsten schlaff wird und zusammensinkt (§. 266).

Manche Frauen scheinen besonders geneigt zu vorzeitigen Geburten; denn bei diesen wiederholen sich dieselben häufig, und erfolgen auf Anlässe, welche bei Anderen diese Wirkung noch nicht haben. Immer hinterbleibt nach einer überstandenen Fehlgeburt für längere Zeit die erhöhte Anlage dazu.

§. 224.

Bei jeder heftigeren oder andauernden Blutung innerhalb der ersten sieben Schwangerschaftsmonate hat die

hinzugerufene Hebamme zunächst mit größter Vorsicht zu untersuchen, ob der Muttermund bereits so geöffnet ist, daß sie die untere Spitze des Eies mit dem eingeführten Zeigefinger fühlen kann, oder nicht; denn im ersteren Fall ist die Schwangerschaft nicht zu erhalten. Ist die Eispitze noch nicht zu fühlen, so kann man die Schwangerschaft zu erhalten hoffen. Jedenfalls muß die Hebamme der Schwangeren sofort eine ruhige, wagerechte Lage auf dem Bett in einem kühlen Zimmer, und den ausschließlichen Genuß kühlender Dinge wie Wasserkaltschale und dergl. vorschreiben, und den Arzt herbei holen lassen. Falls dieser nicht sogleich zu erlangen ist, und die Blutung nicht nachläßt, mag sie einen Theelöffel voll Citronensaft, oder Essig, oder 10—20 Tropfen Haller's Sauer in einer Tasse Wasser geben; bei gefahrdrohender Blutung aber die Scheide sorgfältig tamponiren, d. h. den Scheidenkanal vollständig mit Flachs- oder Wattkugeln von der Größe eines kleinen Apfels, welche sie vorher mit einem festen Faden gebunden und in mildes Oel getaucht hat ausstopfen. Statt dieser Flachs- oder Wattkugeln kann man zur Tamponade auch eine Kautschukblase, welche mit einer 20—30 Cm. langen gleichen Röhre versehen ist (Colpeurynter), gehörig beölt in die Scheide einführen und daselbst ausdehnen, indem man durch die heraushängende Röhre mittelst einer Spritze Luft oder Wasser hineinspritzt. Durch Verschluß der Röhre entweder mit einem hineingeschobenen runden Hölzchen oder indem man sie zubindet, erhält man die Blase ausgedehnt. Will man die Kautschukblase entfernen, so läßt man das Wasser oder die Luft vorher austreten. Dieselben Kautschukblasen dürfen aber nicht bei mehreren Frauen gebraucht werden, bevor sie sorgfältig durch längeres Liegen in Kreosotwasser u. dergl. gereinigt sind. — Sollte das Ei bereits abgegangen sein, so muß die Hebamme nach Anordnung der ruhigen Lage u. s. w. dasselbe in den Blutgerinnseln auf den Unterlagen oder sonst wo aufsuchen, und in frischem Wasser aufbewahren, damit sie dasselbe dem Arzt vorlegen, und dieser sich überzeugen kann, ob der Abgang vollständig gewesen und kein erheblicher Theil des Eies bei der Mutter zurückgeblieben sei.

§. 225.

Ein solches Zurückbleiben der Eihüllen nach Ausstoßung der Frucht und des Fruchtwassers ist entweder von zeitweise wiederkehrenden Blutungen oder von Fäulniß zumal der aus dem Muttermund

heraushängenden Nachgeburtstheile und dadurch bedingten gefahrdrohenden Fiebern begleitet, daher stets bedenklich.

Die nach Fehl- und unzeitigen Geburten verhaltenen Eihüllen und Mutterkuchenreste, welche durch angelagerte Blutgerinnsel allmälig umgestaltet, und durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter fest zusammengepreßt, bisweilen als zapfenartige Massen in dem fein verstrichenen Muttermunde wahrgenommen und bald früher, bald später meist unter heftiger Blutung ausgestoßen werden, hat man in älterer Zeit Blut- oder Fleischmolen genannt. Eine Frucht enthalten dieselben nicht.

§. 226.

Da die erwähnten Folgen von Verhaltung der Eihüllen und des Mutterkuchens nach vorzeitigen Geburten immer gefährlich sind, ist es von der höchsten Wichtigkeit, daß die Hebamme alle, auch die zuerst bei einer Schwangeren abgegangenen Blutgerinnsel genau untersuche, und falls sie die Frucht oder Theile der Eihüllen darinnen findet, dieselben dem Arzt vorzeige. Letzterer ist, wenn schon bei allen erheblichen Blutungen und wehenartigen Schmerzen Schwangerer, ganz vorzüglich in allen denjenigen Fällen von Fehl- und unzeitiger Geburt sofort herbeizurufen, in welchen die Hebamme nicht weiß, ob das ganze Ei ausgestoßen ist, oder nicht. Bis der Arzt herbei kommt, hat sie auch in diesen Fällen ein ruhiges Verhalten, und säuerliche Getränke anzuordnen; bei durch Fortdauer der Blutung drohender Lebensgefahr muß sie die Scheide tamponiren; sobald übelriechende Ausflüsse sich einstellen, täglich zwei bis drei Mal die Scheide mit reinen kühlen Wasser oder mit Theewasser ausspritzen.

Nach jeder vorzeitigen Geburt folgt eine Rückbildung der Gebärmutter ebenso, wie nach einer zeitigen Geburt. Die Wöchnerin sollte diese Rückbildung um so sorgfältiger abwarten, je häufiger die Erfahrung zeigt, daß langwierige Gebärmutterkrankheiten nach Fehlgeburten eintreten. Ganz vorzüglich hat sich die vorzeitig Entbundene während der nächstfolgenden Monate vor dem Beischlafe zu hüten.

§. 227.

3) Den Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft liegt bisweilen eine eigenthümliche Entartung des Eies zu Grunde, welche darauf beruht, daß die Zotten der Lederhaut mit einer schlei-

migen Maſſe gefüllt und endlich waſſerſüchtig werden, und die Frucht, bevor der Mutterkuchen ſich bildet, abſtirbt, alſo das Ei in eine (Blaſen- oder Trauben-Mola, Mondkalb, Mondkind umgewandelt wird.

Gewöhnlich gehen den aus dieſer Urſache entſtehenden Blutungen manigfaltige Beſchwerden, wie Schmerzen in der einen oder anderen Seite des Leibes, namentlich auch beim äußeren Druck, ferner ein läſtiges Gefühl von Schwere im Unterleib, Mattigkeit, Schwäche, Fröſteln, abwechſelnd mit Hitze, anhaltendes nicht zu ſtillendes Erbrechen voraus oder begleiten dieſelben. Auch findet ſich meiſt eine auffallend raſche Ausdehnung des Unterleibes, ſo daß derſelbe im dritten oder vierten Monate ſchon ſo ſtark erſcheint, als er ſonſt im fünften oder ſechſten Monat der Schwangerſchaft zu ſein pflegt, ſo wie bisweilen ein läſtiges Jucken der Bauchhaut und waſſerſüchtige Anſchwellung der Füße u. ſ. w. ſich einſtellt.

Am häufigſten, jedoch nicht ausſchließlich, beobachtet man dieſe Entartung des Eies bei älteren, bereits der Rückbildung des Geſchlechtslebens ſich nähernden Frauen.

Die Ausſtoßung dieſer Traubenmolen erfolgt in der Regel vor dem fünften Monat unter einem mehr oder weniger heftigen und andauernden Blutfluß. Der Scheidentheil verſtreicht dabei nicht ſelten wie bei einer zeitigen Geburt, bis die unebene höckerige, eirunde Maſſe entweder ganz, auch wohl umgeben von der hinfälligen Haut, oder in einzelnen Stücken, welche aus vielen, durch Stiele zuſammenhängenden größeren und kleineren Bläschen beſtehen, unter wehenartigen Zuſammenziehungen der Gebärmutter ausgetrieben wird. Unterſucht man die unverſehrt abgegangene eirunde Maſſe mittelſt eines Durchſchnittes, ſo entdeckt man darinnen nicht ſelten eine größere, mit einer bräunlichen Flüſſigkeit gefüllte Höhle, aber nur ausnahmsweiſe eine Spur der Frucht.

§. 228.

Die erheblichen Blutungen und anderen Beſchwerden, welche eine Molenſchwangerſchaft begleiten, machen es nöthig, daß ſofort ein Arzt zugezogen wird, um ſo mehr, als die Hebamme die Gegenwart einer Blaſenmola vor dem Abgang mit Sicherheit zu erkennen nicht im Stande iſt. Bis der Arzt kommt, hat die Hebamme eine vollkommen ruhige Lage, kühlende Getränke u. dgl. anzuordnen. Bei heftiger

Blutung mag sie den Leib mit aufgetröpfeltem Schwefeläther alle fünf Minuten reiben, und die Scheide tamponiren, die Schwangere aber nicht durch Mittheilung der etwaigen Vermuthung einer Molenschwangerschaft ängstigen, dagegen auch hier die abgehenden Stücke aufbewahren und dem Arzt vorlegen. — Das nachfolgende Wochenbett ist ebenso, wie bei einer Fehlgeburt, sorgfältig abzuwarten.

§. 229.

4) Noch weit seltener rühren die zeitweisen Blutungen oder Abgänge eines blutigen, schwarzen Schleimes mit Ausstoßung von Stücken hinfälliger Haut daher, daß das Ei nach der Befruchtung gar nicht in die Gebärmutterhöhle hineingelangt ist (*Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter, Schwangerschaft am unrechten Ort*), sondern entweder am Eierstocke haften blieb (*Eierstocksschwangerschaft*), oder in der Bauchhöhle sich entwickelte (*Bauchschwangerschaft*), oder in der Mutterröhre seine Anheftung gefunden hat (*Mutterröhren- oder Eileiterschwangerschaft*). Nur bei der Bauchschwangerschaft kann das Ei seine völlige Reife erlangen, so daß die Frucht durch den Bauchschnitt lebend zu Tage gefördert, oder nach deren Absterben entweder in Folge von Vereiterung der Bauchdecken, der Harnblase, oder des Mastdarms u. s. w. stückweise ausgestoßen, oder durch Einkapselung in ein sogenanntes *Steinkind* umgewandelt, und dann viele Jahre lang getragen werden kann. In diesem letzten Fall ist sogar neben dem *Steinkind* eine spätere Schwangerschaft innerhalb der Gebärmutterhöhle, und eine gesundheitgemäße Geburt dieser später erzeugten Frucht möglich. — Bei den übrigen Arten der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle, insbesondere bei der Mutterröhrenschwangerschaft, an welche die ebenso seltene Schwangerschaft in einer mangelhaft ausgebildeten Gebärmutterhälfte sich anreiht, pflegt die Umgebung des Eies bereits nach wenigen Monaten, und unter wiederholten heftigen Schmerzanfällen zu bersten, und hierauf der Tod der Mutter entweder sofort in Folge einer inneren Verblutung oder nach einiger Zeit durch eine Bauchfellentzündung einzutreten.

§. 230.

Die sichere Erkenntniß der Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutterhöhle ist gewöhnlich sehr schwierig. Die Hebamme kann

in der Regel diesen Fehler nur muthmaßen, und hat daher bei den damit zusammenhängenden inneren oder äußeren Blutungen und Hautabgängen aus den Geburtswegen, sowie bei etwaigen Erscheinungen eintretender Unterleibsentzündung einer Schwangeren um so mehr den Arzt alsbald herbeizurufen, je trauriger die Folgen einer Vernachlässigung dieser Pflicht werden können. Die Schwangere darf sie jedoch mit ihren Vermuthungen nicht ängstigen, vielmehr muß sie ihr Ruhe und kühlende Getränke und bei den Zeichen innerer Blutung eiskalte Umschläge auf den Unterleib empfehlen.

§. 231.

5) Eine fernere seltene Ursache von Gebärmutterblutungen Schwangerer in früherer, wie in späterer Zeit können Entartungen des Mutterhalses wie Polypen, Krebs u. s. w. oder Zerreißungen der Gebärmutter sein. Auch bei diesen Blutflüssen, deren Quelle in den erstgenannten Fällen bisweilen aus den am Scheidentheil oder im Muttermund fühlbaren Knoten und Geschwülsten mittelst sorgfältiger innerer Untersuchung erschlossen werden kann, hat die Hebamme das oben hinsichtlich der Blutungen bei Schwangeren im Allgemeinen Angerathene zu verordnen, und ungesäumt den Arzt herbeirufen zu lassen.

B. Von den Gebärmutterblutungen in den letzten Monaten der Schwangerschaft, oder von der vorzeitigen Abtrennung des Mutterkuchens bei gewöhnlichem Sitz, und von dem Vorliegen des Mutterkuchens.

§. 232.

Die Gebärmutterblutungen in den letzten Monaten der Schwangerschaft pflegen heftiger und hierdurch, wie durch ihre öftere Wiederkehr noch gefahrdrohender für die Mutter zu sein, als die in den ersten sieben Monaten auftretenden. Sie hängen, abgesehen von den seltenen Fällen, in welchen Krebs des Scheidentheils u. dergl. (§. 231) dieselben veranlassen, von einer Abtrennung des Mutterkuchens von der Gebärmutterwand ab, unterscheiden sich aber sowohl hinsichtlich der Erscheinungen als hinsichtlich des Befundes, je nachdem der Mutterkuchen an seiner gewöhnlichen Stelle an der Gebärmutterwand etwa 3—10 Cm. = 1—4 Zoll oberhalb des inneren Muttermundes oder auf dem inneren Muttermund selbst sitzt.

§. 233.

1) Die Blutungen bei dem gewöhnlichen Sitz des Mutterkuchens sind bald äußere, indem das aus den zerrissenen mütterlichen Adern ergossene Blut bei Abtrennung des unteren Mutterkuchenrandes zwischen den Eihäuten und der Wand des Mutterhalskanales in die Scheide und aus dieser hervorfließt, bald innere, indem das Blut zwischen dem abgetrennten Mutterkuchen und der Gebärmutterwand sich wohl bis zu mehr als einem Pfund ansammelt und gerinnt. In dem letzteren Falle pflegt die Gebärmutter an der entsprechenden Stelle unter schmerzhaft spannender Empfindung der Schwangeren merklich aufzutreiben; bisweilen geht auch hierbei eine geringe Menge Blut aus dem Muttermund nach außen ab.

Im ersteren Falle pflegt der Blutabgang in einen länger dauernden Blutwasser-Abfluß überzugehen.

In beiden Fällen erscheint der Scheidentheil dieser Zeit der Schwangerschaft entsprechend entweder als mehr oder weniger langer fester Zapfen mit geringer Oeffnung des Muttermundes, oder weich wulstig, verkürzt, verstrichen; darüber und über dem Scheidengewölbe fühlt man den vorliegenden Kindestheil (gewöhnlich den Kopf), wenn nicht eine ungewöhnliche oder fehlerhafte Kindeslage, enger Beckeneingang, vieles Fruchtwasser u. s. w. dies verhindern, oder, falls der Finger durch den Mutterhalskanal hindurch dringen kann, die Eihäute. Nach der in der Regel zögernden Geburt des häufig abgestorbenen Kindes stürzt mit dem vorher abgelösten Mutterkuchen eine mehr oder weniger große Menge schwarzer Blutgerinnsel hervor, oder es finden sich schwarzrothe Blutmassen am Rande des Mutterkuchens festhaftend oder, wenn längere Zeit seit der Blutung vergangen war, schwartige gelblich-braune Auflagerungen auf den Eihäuten in der Nähe des losgelösten Mutterkuchenrandes.

§. 234.

Die Veranlassungen dieser von Manchen als „zufällig" bezeichneten Blutungen bestehen theils in Erschütterungen, durch einen Fall oder Stoß auf den Unterleib, theils in heftigen Aufregungen z. B. durch Genuß hitziger Getränke oder durch stürmischen Beischlaf.

Während bei dem Abfließen des Blutes aus der Scheide die Hebamme mit Berücksichtigung des angeführten Befundes am Schei-

dentheile den Fehler leicht richtig beurtheilen kann, werden bei den inneren Blutungen die §. 218 angegebenen Zeichen erheblichen Blutverlustes, wie das Gefühl von Schwäche, Ohnmacht, Uebelkeit, Erbrechen, neben der erwähnten, rasch zunehmenden schmerzhaften Auftreibung der Gebärmutter die Gefahr, in welcher die Schwangere schwebt, alsbald erkennen lassen. Bis der sofort herbeizurufende Arzt weitere Anordnungen trifft, muß die Schwangere sich ruhig in wagerechter Lage verhalten, kühlende Dinge genießen und eiskalte Umschläge auf den Unterleib machen und dieselben alle 5—10 Minuten wechseln. Die Frucht stirbt bei diesen Blutungen in der Regel, indem sie vorzeitige Athembewegung macht.

§. 235.

2) Hat hingegen der Mutterkuchen seinen Sitz unmittelbar *an* oder *auf dem inneren Muttermund*, liegt derselbe also vor, so findet man das Scheidengewölbe verdickt; die eine Mutterlippe erscheint meist auffallend wulstig, und auch die Schamlippen sind häufig mit erweiterten Adern bedeckt. In dem geöffneten Muttermund erkennt man außer den Blutgerinnseln die eigenthümlich körnige Außenfläche des Mutterkuchens. Die hier auftretende, von Manchen als „nothwendige" oder „unvermeidliche" bezeichnete Blutung, welche bei dem *Vorliegen des Mutterkuchens* auch ohne besondere Veranlassung, schon in Folge der Erweiterung des inneren Muttermundes während der letzten Schwangerschaftsmonate sich einstellt, und bei hinzutretenden Geburtswehen während der Wehe selbst sich steigert, ist hier immer eine *äußere*. Sie steht anfangs nicht selten nach kurzer Dauer von selbst, und täuscht dadurch die Schwangere ebenso, wie eine unaufmerksame Hebamme über die vorhandene Gefahr; denn der Blutfluß kehrt nach kürzerer oder längerer Zeit (Tage oder Wochen) in der Regel wieder, und führt auch wohl vor beendigter Geburt, oder, indem die Blutung nach vollendeter Geburt sich von Neuem einstellt, zum Tode.

Bedeckt der Mutterkuchen den Muttermund so, daß ziemlich die Mitte des ersteren dem letzteren entspricht (*centrales Aufsitzen des Mutterkuchens*), so fühlt man den vorliegenden Kindestheil auch trotz der — hier freilich etwas weniger häufigen — Schädellage nicht durch das Scheidengewölbe. Dann geschieht es bisweilen, daß in Folge von ungewöhnlich kräftigen Wehen der Mutterkuchen unter meist sehr heftigen Blutstürzen gänzlich losgetrennt, und vor dem als-

dann abgestorbenen Kinde ausgetrieben wird. — Ueberragt hingegen nur ein kleiner Theil des Mutterkuchens den inneren Muttermund (*seitliches Aufsitzen des Mutterkuchens*), so kann man an der einen oder anderen Stelle des Scheidengewölbes den vorliegenden Kindestheil hindurchfühlen, und bei der Geburt kann es geschehen, daß nach Abtrennung des kleinen überragenden Theils des Mutterkuchens die Blase sich stellt und zerreißt, die Blutung steht, und die Geburt bei sonst günstigen Verhältnissen glücklich durch die Wehen beendigt wird.

§. 236.

Bei *allen* diesen Blutungen, auch wenn sie von selbst stehen, muß die Hebamme *unverweilt* einen Arzt zu Rathe ziehen lassen, indem es unmöglich ist, zu behaupten, daß nicht schon die nächste Blutung den Tod bringt, jedenfalls aber die Gefahr durch eine jede Wiederholung der Blutung zunimmt.

Bis der Arzt herbeikommt, hat die Hebamme auf das strengste vollkommene Ruhe des Geistes und Körpers, und eine wagerechte Lage anzuordnen, und dabei für eine kühle reine Luft im Zimmer zu sorgen. Alle erhitzenden Speisen und Getränke sind zu verbieten, dagegen ist der Genuß von Citronensaft, Essig oder Hallerssauer in Zuckerwasser zu empfehlen.

Wird die Blutung heftig oder anhaltend, so muß die Hebamme die Scheide mit so vielen mit einem festen Faden versehenen und in mildes Oel getauchten Flachs- oder Wattkugeln ausstopfen (tamponiren), oder mit einer durch kaltes Wasser aufzutreibenden Kautschukblase ausfüllen (§. 224), daß kein Blut ausfließen kann. Daneben kann sie auch wohl kalte Umschläge auf den Unterleib und die äußeren Geschlechtstheile machen, und diese alle 5—10 Minuten erneuern. Sollten *kräftige Wehen* den Muttermund erweitern und die Blase stellen, so zerreiße die Hebamme die Eihäute ungesäumt, und warte den weiteren Geburtsverlauf bis zur Ankunft des Arztes ab.

Zweites Kapitel.

Von den Schleim- und Wasserabgängen aus den Geburtstheilen Schwangerer und von der Frühgeburt.

§. 237.

1) Wie bei Nichtschwangeren findet sich auch bei Schwangeren bisweilen eine krankhaft vermehrte rahmartige oder eiterige Schleimabsonderung aus der Scheide und dem Mutterhalskanale, der sogenannte weiße Fluß, ein. In einzelnen Fällen ist damit ein Wundwerden des Scheidenausgangs und der Schamlippen verbunden, so daß den Frauen das Gehen schmerzhaft wird. Nicht selten gesellt sich ein vermehrtes Drängen zum Harnlassen und Schmerzen beim Harnabgang, sowie auch wohl eine schmerzhafte rothe Anschwellung der äußeren Schamtheile, und dann und wann sogar ein allgemeines Unwohlsein mit Fieber und Durst hinzu. — Bei dem langwierigem weißen Flusse Schwangerer, bei welchem die zuletzt genannten Erscheinungen fehlen, findet man hingegen, während die Schmerzhaftigkeit gering ist oder gänzlich mangelt, die Scheidenwände bisweilen körnig, gleichsam wie mit Sandkörnern bestreut, oder an den äußeren Schamtheilen entweder kleine, spitze oder breite, flache Warzen bis zu faustgroßen derben oder weichen Wülsten, spitze und breite Feigwarzen, Condylome. In den letztgenannten Fällen, sowie dann, wenn sich Geschwüre an den Schamlippen oder in dem Scheideneingange zeigen, ist die Krankheit ansteckend, und veranlaßt auch wohl bei den Neugeborenen eine bösartige Augenentzündung (§. 412). Die Hebamme hat deßhalb damit behaftete Frauen besonders vorsichtig, zumal nicht mit einem verwundeten Finger zu untersuchen, und ihre Hände nach der Untersuchung besonders sorgfältig abzuwaschen.

§. 238.

Während da, wo nur ein vermehrter Abgang eines weißen Schleims besteht, Reinlichkeit, öfteres Waschen mit lauem oder frischem Wasser, und nachfolgendes sorgfältiges Abtrocknen mit einem weichen Tuche oder tägliche Einspritzungen mit lauer Leinsamenabkochung, auch wohl Sitzbäder mit lauem Wasser (von 26° Reaum. Wärme) gewöhnlich hinreichen, die Beschwerden der Schwangeren zu mäßigen, ist in allen übrigen Fällen die Kranke an einen Arzt zu verweisen, und die

Hebamme hat sich zumal bei den ansteckenden Formen um so mehr vor allen eigenen Verordnungen zu hüten, als bei Vernachlässigung daraus mannigfaltige Gefahren für die Kranke und deren Umgebung hervorgehen können.

§. 234.

2) Eine weit seltenere Krankheit Schwangerer ist der von Zeit zu Zeit erfolgende Abfluß größerer oder geringerer Mengen einer wässerigen, bisweilen gelblich oder röthlich gefärbten Flüssigkeit, die sogenannte Wassersucht der schwangeren Gebärmutter. Diese Abgänge beginnen bisweilen schon im dritten oder vierten Schwangerschaftsmonate, und kehren in unbestimmten Zeiträumen wieder, nicht selten, nachdem ein schmerzhaftes Ziehen in beiden Seiten und im Kreuze vorausgegangen ist. In einzelnen Fällen, zumal, wenn dieser Fehler in den späteren Monaten auftritt, ist die abgesonderte Flüssigkeit so reichlich, daß sie einen Nachttopf nahezu füllt.

Dergleichen wiederkehrende, nicht selten mit Blut gemischte Wasserabgänge beruhen auf einer krankhaften Absonderung der Gebärmutter, deren hinfällige Haut dabei meist wuchernd, dicker angetroffen wird, und endigen gewöhnlich mit einer vorzeitigen Geburt. Sie sind von dem Fruchtwasserabflusse bei einer Frühgeburt, wenn der Scheidentheil noch nicht verstrichen und der Muttermund nicht erweitert ist, also die Blasenstellung nicht beobachtet wurde, nur dadurch zu unterscheiden, daß jenen Wasserabgängen die Geburt nicht immer wie diesem binnen wenigen Tagen folgt, und daß ferner dort bei endlich eintretender Geburt eine Fruchtblase sich stellt.

Treten dergleichen wässerige Abgänge bei einer Schwangeren auf, so verlange die Hebamme die Herbeirufung eines Arztes.

§. 235.

3) Mit vermehrten Schleimfluß und Fruchtwasserabgang, sei der letztere durch einen Druck, Fall oder Stoß auf den Unterleib der Hochschwangeren oder durch einen entzündlichen Proceß auf der Innenfläche der Gebärmutter veranlaßt, beginnt sehr häufig die Frühgeburt, indem sich früher oder später Wehen hinzugesellen. So nennt man eine Geburt zwischen der 28.—36. Schwangerschaftswoche. Dieselbe verläuft in der Regel ganz so, wie oben von der

rechtzeitigen Geburt berichtet wurde. Der wesentliche Unterschied von dieser sowie von der unzeitigen Geburt besteht darin, daß das nach der 28. Woche geborene Kind zwar lebensfähig ist (§. 76), aber bis zur 36. Woche viel schwächer zu sein pflegt als das reife, und daher besonderer Pflege bedarf, um am Leben erhalten zu werden. Neben der geringeren Ausbildung aller Theile wird die Hoffnung auf Erhaltung auch dadurch getrübt, daß Frühgeburten häufiger bei kranken z. B. wassersüchtigen Früchten als bei ganz gesunden eintreten. Während die Abwartung des Geburtsverlaufs an und für sich von der §. 143—172 gelehrten nicht abweicht, gelten für die Pflege der nicht ganz reifen Früchte folgende Regeln.

§. 235.

Kinder, welche zwischen der 28.—36. Woche geboren sind, bedürfen einerseits der Verhütung eines jeden Druckes auf ihre zarte Haut, andererseits einer gleichmäßigen, höheren Temperatur ihrer nächsten Umgebung; daher wickele man sie in Baumwolle ein, und lege Wärmflaschen in dem Bettchen um sie herum, sorge auch dafür, daß in dem Zimmer die Temperatur während des ersten Vierteljahres nie unter 16° Reaumur sinkt. Ferner bade man diese Kinder täglich zwei bis drei Mal in 28° warmem Wasser mit einem Zusatz von einem Quart Milch, oder einer Abkochung von zerstoßenen frischen Knochen. Endlich hat man ihnen sofort eine tüchtige Amme zu geben, welche in den ersten Wochen ihr eigenes Kind daneben fortnähren mag, damit die Milch nicht versiege. Immer bedarf es einer *mehrere Monate* langen sehr sorgfältigen Pflege, um solche Früchte zum Gedeihen zu bringen, vorzüglich dann, wenn sie mittelst der *künstlichen Frühgeburt* (§. 307) zu Tage gefördert waren. — Bei der Schwierigkeit, welche das Aufziehen dergleichen, nicht ganz zeitigen Früchte darbietet, wird die Hebamme wohl thun, den Rath eines sachkundigen Arztes in allen diesen Fällen einzuholen.

Die Mutter muß nach einer Frühgeburt eben so sorgfältig abgewartet werden, wie nach einer unzeitigen, da theils Nachgeburtsverhaltungen und deren Folgen hier ebenso wie dort (§. 225, 226) häufiger vorkommen, theils außer den oft hinterbleibenden langwierigen Entzündungen des Scheidentheils und der Scheide auch Vorfälle, Vor- und Zurückbeugungen und andere wichtige Fehler der Gebärmutter nicht selten folgen.

Drittes Kapitel.

Von den wässerigen Anschwellungen der Füße und der äußeren Geburtstheile bei Schwangeren.

§. 242.

Die Füße und Unterschenkel Schwangerer werden häufig der Sitz einer weißen, bisweilen glänzenden, bei der Berührung nicht besonders schmerzhaften Geschwulst, welche beim Fingerdruck eine allmälig sich wieder ausgleichende Grube annimmt. Seltener breitet sich diese wässerige Anschwellung auf die Oberschenkel und Schamtheile aus. Die letzteren, besonders die großen Schamlippen erreichen dann wohl die Größe einer Faust und darüber, wodurch der Schwangeren das Gehen und sogar das Sitzen in hohem Grade erschwert wird. In einzelnen Fällen zeigen sich diese blassen Anschwellungen auch auf den Händen und im Gesicht, oft nur vorübergehend, flüchtig. Dann und wann entzündet sich die Haut über der Geschwulst, welche alsdann rosenroth erscheint, und der Sitz eines lebhaften Brennens wird.

Am häufigsten entstehen dergleichen Anschwellungen bei schwächlichen blassen Frauenzimmern und bei ungewöhnlicher Ausdehnung der Gebärmutter z. B. bei Schwangerschaft mit Zwillingen oder Drillingen. Alsdann pflegt die Geschwulst keine besondere Gefahr mit sich zu führen, und in der Regel am Morgen nach der wagerechten Lage im Bett geringer zu sein. Die erwähnten Beschwerden mindert man durch Vermeidung anhaltenden Stehens und öfteres ausgestrecktes Liegen auf dem Sopha oder Bett, oder durch Einwickelung mit Flanellbinden vom Fuß nach dem Oberschenkel hinauf. — Regelmäßige, tägliche Stuhlausleerung darf von solchen Kranken nicht versäumt werden.

§. 243.

Wenn dagegen die angeschwollenen Theile schmerzhaft werden, oder die Anschwellung, zumal des Gesichts und der Hände, am Morgen trotz der wagerechten Lage verschlimmert erscheint, auch wohl gleichzeitig ein öfteres Harndrängen mit vermindertem Harnabgang und Rückenschmerz von der Schwangeren geklagt wird, so besteht eine ernste Erkrankung der Nieren und die Hebamme hat üble Folgen, insbesondere das Ausbrechen von sehr gefährlichen Krämpfen bei der Geburt oder im Wochenbett (§. 352—54) zu be-

fürchten. — Derartige Kranke sind so bald als möglich an einen Arzt zu verweisen; inzwischen ist anhaltendes Liegen im Bett, eine einfache nicht reizende Kost und der Gebrauch von warmer Limonade anzurathen.

Viertes Kapitel.

Von den Blutaderknoten an den Beinen und Geschlechtstheilen der Schwangeren.

§. 244.

In den späteren Monaten der Schwangerschaft zeigen sich, zumal bei Mehrgebärenden, nicht selten Erweiterungen und Anschwellungen der Blutadern, sogenannte Krampf- oder Kindesadern an den Füßen, den Unter- und Oberschenkeln und den großen Schamlippen. Sie bilden bald erhabene, bläuliche Stränge oder feinere röthliche Reiser auf der Haut, bald blaurothe hügelige Anschwellungen, Aderknoten, auch wohl Aderkröpfe genannt. Ausnahmsweise kommen dergleichen auch in der Weichengegend und in der Mutterscheide vor. Dem untersuchenden Finger erscheinen sie in der Regel weich, und geben dem Druck des Fingers nach, füllen sich aber sofort wieder, wenn dieser Druck nachläßt. Gewöhnlich sind sie nicht schmerzhaft, werden jedoch zumal nach längerem Stehen gegen Abend und bei Stuhlverstopfung, ferner nach dem Genuß erhitzender Dinge, wie starken Kaffees, Weins u. dgl. nicht selten der Sitz eines sehr lästigen Brennens, und endlich durch wiederholte Entzündungen hart. Bisweilen verdünnt sich allmälig die Spitze des Knotens, und bedeckt sich auch wohl mit einem Schorf, mit dessen Abstoßung gefahrdrohende Blutungen eintreten können. — Nach der Geburt schwinden sie gewöhnlich von selbst, entzünden sich aber auch dann bisweilen und vereitern oder hinterlassen eine Anlage zu langwierigen Geschwüren an den Unterschenkeln.

§. 245.

Solange die Aderanschwellungen nur durch das Brennen lästig werden, genügt es, durch den Genuß von Obst, Buttermilch u. s. w., für täglich Stuhlausleerungen zu sorgen, und durch öftere Waschungen mit frischem Wasser die Empfindlichkeit der Haut zu mäßigen. Bei

sehr bedeutender Ausbildung derselben, insbesondere an den Unterschenkeln ist das Tragen eines Schnürstrumpfes aus weichem Leder oder fester Leinwand oder aus einem Gewebe von Kautschukfäden zu empfehlen, während das Einwickeln mit einer Binde bei Solchen, welche gehen und stehen, nur selten von Nutzen ist. Wird ein einzelner Knoten heiß und schmerzhaft, so mag man Bleiwasser aufschlagen lassen; sobald aber ein allgemeines Unwohlsein damit verbunden erscheint, muß ein Arzt zugezogen werden, ebenso, wenn ein Aderknoten berstet. Die hierbei entstehende Blutung hat die Hebamme sofort durch festeres Aufdrücken oder Aufbinden eines Stückes Feuerschwamms, oder eines in Essig und Wasser getauchten Bäuschchens zu stillen. —

Von den sogenannten Aderknoten am Mastdarm (Hämorrhoidalknoten) wird §. 396 die Rede sein.

Fünftes Kapitel.

Von dem Scheiden- und Gebärmuttervorfall bei Schwangeren.

§. 246.

Vorfall der Scheide und Gebärmutter nennt man einen jeden erheblich tieferen Stand des Scheidentheils und der vorderen oder hinteren Scheidenwand, mögen diese Theile noch innerhalb der Scheide hinter den Schamlefzen verborgen bleiben (unvollkommener Vorfall, Senkung) oder die betroffene Scheidenwand als anfangs querfaltiger weicher, später trockner fester, auch wohl mit Geschwüren bedeckter Wulst, und die Mutterlippen als zwei angeschwollene durch eine Querspalte getrennte weiche oder derbe Wülste zwischen den Schamlippen sichtbar werden (vollkommener Vorfall). Bei länger fortgesetzter wagerechter Lage, also des Nachts pflegen die herausgetretenen Theile zurückzuweichen, beim Stehen und bei Anstrengungen aber wieder hervorzukommen. — Dieser lästige Lagefehler der genannten inneren Geschlechtstheile entsteht am häufigsten nach Wochenbetten in Folge mangelhafter Rückbildung der Theile, (daher die Gebärmutter in der Mehrzahl der Fälle erheblich verlängert ist), ganz vorzüglich dann, wenn der Beischlaf zu früh, d. h. innerhalb der auf die Geburt folgenden zwei Monate, und zwar häufig wieder genossen

wurde, oder wenn die Wöchnerin sich Anstrengungen im Heben, Tragen u. s. w. unterziehen mußte.

Ein Vorfall der schwangeren Gebärmutter findet sich nach dem vierten Monate sehr selten, da alsdann die Ausdehnung des Mutterkörpers die Gebärmutter oberhalb des Beckeneinganges zu erhalten pflegt, so daß man sogar die bis dahin getragenen Mutterkränze ohne Bedenken wegnehmen kann. Zeigten sich aber nach den ersten Monaten der Schwangerschaft die bläulich gefärbten Mutterlippen in dem Scheideneingang, so beruht dies gewöhnlich auf einer frischen Entzündung und Schwellung des Mutterhalses, welcher dabei erheblich verlängert wird. In dem dritten und vierten Monat der Schwangerschaft findet man diese Verlängerung auch wohl neben einer Zurückbeugung der Gebärmutter (§. 255). Der Vorfall verursacht außer dem Gefühl der Zerrung und des Druckes Beschwerde bei der Harn- und Kothausleerung, während der zwischen den Schamlippen befindliche Scheidentheil der Benetzung mit dem Urin, sowie beim Gehen einer nachtheiligen Reibung, und hiedurch einer Entzündung und Verschwärung ausgesetzt wird, denen eine vorzeitige Geburt folgen kann. Ueber die Geburtsstörung durch Vorfall der Gebärmutter vergleiche §. 295.

Man erkennt die Senkung und den Vorfall der schwangeren Gebärmutter durch die innere Untersuchung, bei welcher man den Scheidentheil mit dem Muttermunde, und bisweilen auch einen größeren Theil des vom Kinde ausgefüllten unteren Gebärmutterabschnittes ungewöhnlich nahe dem Scheidenausgang, oder zwischen den Schamlippen, ja sogar vor denselben findet. Der alsdann, zumal nach längerem Stehen oder nach Anstrengungen sowie nach Herabdrängen auch dem Gesicht zugängige Scheidentheil ist bisweilen insbesondere bei unreinlichen Frauen wund, oder mit Geschwüren bedeckt.

§. 247.

Bei dem Vorfall der nicht schwangeren Gebärmutter muß die Hebamme die Frauen an den Arzt verweisen.

Die schwangere aus dem Scheideneingang hervorgetretene Gebärmutter hat die Hebamme, nach Entleerung der Harnblase und des Mastdarms, in der Rückenlage der Leidenden mit erhöhtem Steiße vorsichtig, indem sie dieselbe mit den Spitzen der fünf Finger umfaßt, in die Scheide zurück- und hinaufzuschieben, so daß der Muttermund

gegen die Kreuzbeinaushöhlung sich richte, hierauf der Kranken eine wagerechte Seitenlage zu empfehlen. Die Schwangere muß sich vor allen Anstrengungen hüten, bis das weitere durch die Schwangerschaft herbeigeführte Wachsthum des Gebärmutterkörpers das Herabsinken verhindert. — Bei einem Vorfall neben Zurückbeugung der Gebärmutter (§. 255) oder in den späteren Monaten der Schwangerschaft rufe man jedenfalls den Arzt zu Hülfe. Bis zu dessen Ankunft unterstütze die Hebamme den vorgefallenen Theil der im Bett liegenden Schwangeren durch weiche Tücher, und bedecke ihn mit in lauwarmes Oel, oder in eine schleimige Abkochung von Leinsamen, Eibischwurzel u. dgl. getauchter Leinwand.

§. 248.

Häufiger beobachtet man bei Schwangeren ebenso wie bei Nichtschwangeren Scheidenvorfälle, und zwar vorzugsweise der vorderen Wand der Scheide. Diese erscheint bei Schwangeren als ein bläulich rother, faltiger weicher Wulst zwischen den Schamlippen. In dem herabgesunkenen Wulst befindet sich dann gewöhnlich ein Theil der hinteren Harnblasenwand, wodurch Harnbeschwerden veranlaßt werden. Weit seltener ist die hintere Wand der Scheide vorgefallen, und dann findet sich bisweilen eine Darmschlinge in dem blaurothen Wulst vor dem Damme, oder es besteht eine Ausbuchtung des Mastdarms mit oft recht peinlicher Kothverhaltung neben dem hinteren Scheidenvorfall.

In allen diesen Fällen ist die Schwangere beim Gehen durch die Anwesenheit des anscheinend fremden Körpers zwischen den Schamtheilen behindert. Die Hebamme mag dabei zunächst öfteres Liegen auf dem Sopha oder dem Bett, sowie die größte Reinlichkeit empfehlen, um das Wundwerden u. dgl. zu verhüten. Sollten jedoch die Beschwerden erheblicher werden, so ist der Rath eines Arztes einzuholen.

Sechstes Kapitel.

Von dem Hängebauch und von den Brüchen der Schwangeren.

§. 249.

I. In den letzten Monaten der Schwangerschaft findet man bisweilen ein auffälliges Hervortreten oder Herabhängen des Leibes, so

daß bei dem ausgebildeten Fehler der Muttergrund der aufrecht stehenden Frau sogar tiefer steht als die Schamfuge, und vor den Schenkeln herabhängt, einen sogenannten Hängebauch. Dabei bildet sich bisweilen oberhalb des Schambergs eine tiefe, zum Wundwerden geneigte Falte. Bei der inneren Untersuchung erscheint der Scheidentheil und Muttermund hoch nach hinten empor gezogen, bisweilen so, daß man ihn mit einem Finger nicht erreichen kann, in anderen Fällen ist der Mutterhals jedoch vorwärts gebeugt und der Muttermund abwärts gerichtet. Den vorliegenden Kindestheil kann man in der Regel durch das Scheidengewölbe bis zur Geburt nicht entdecken, auch wenn eine Schädellage statt findet, oder man findet ihn auffallend hoch und beweglich.

Während dieser Fehler bei Mehrgebärenden, bei welchen er besonders häufig gefunden wird, oft nur auf einer hier erklärlichen Erschlaffung der Bauchdecken zu beruhen pflegt, wobei jedoch ein enger Beckeneingang häufig mitwirkt, muß der Hängebauch bei einer zum ersten Mal Schwangeren immer den Verdacht eines engen, oder sehr stark geneigten Beckeneinganges erwecken.

§. 250.

Die hier Statt findende Vorwärtsneigung oder Vorwärtsbeugung der Gebärmutter verursacht nicht allein den Schwangeren, zumal beim Gehen und Stehen, große Beschwerden, insbesondere auch Störungen der Harnausleerung durch den Druck, welchen die Harnblase dabei erleidet, sondern wird auch nicht selten ein Hinderniß des regelmäßigen Geburtsverlaufes, wie später dargethan werden soll.

Sobald die Hebamme daher bei einer Schwangeren einen Hängebauch bemerkt, so hat sie vor Allem zu untersuchen, ob nicht vielleicht ein enger Beckeneingang und eine Krümmung der Lendenwirbel Statt finde, in welchem Falle sie alsbald einen Arzt zu Rathe ziehen muß. Wenn nicht, so mag sie öfteres Liegen auf dem Bette oder Sopha und das Tragen einer passenden elastischen Leibbinde, welche bei beträchtlicher Ausbildung des Hängebauchs auf den Schultern ihren Stützpunkt haben muß, empfehlen, um die Zunahme dieses Fehlers zu verhüten und die daraus entstehenden Beschwerden zu erleichtern.

§. 251.

II. Eingeweide-Brüche, d. h. Vorlägerungen von Einge-

weiden (insbesondere von Därmen oder Netz), welche in einer Körperhöhle eingeschlossen sein sollen, durch eine an der Wand der letzteren entstandene ungewöhnliche Oeffnung erscheinen als in der Regel unschmerzhafte elastische Geschwülste der Haut bald in der Weichengegend (Schenkel- oder Leistenbruch), bald im Nabelring (Nabelbruch), bald an anderen Stellen des Bauches (Bauchbruch) u. s. w. Die Farbe und Temperatur der sie bedeckenden Haut ist in der Regel dieselbe wie die der Umgebung, und die enthaltenen Theile weichen in der Rückenlage meist von selbst, oder bei einem angewandten mäßigen Druck, bisweilen unter Gurren zurück, kehren aber bei längerem aufrechten Stehen, oder beim Husten und Drängen wieder unter die Haut zurück. Bei Schwangeren pflegen um den fünften Monat die Schenkel- und Leistenbrüche von selbst zu schwinden, indem alsdann die emporwachsende Gebärmutter die vorgelegenen Därme oder das Netz, falls diese Theile im Bruchsack nicht angewachsen sind, emporbrängt. Nabel- und Bauchbrüche entstehen bisweilen erst während der Schwangerschaft, oder werden alsdann doch größer.

§. 252.

Mit dergleichen Brüchen behaftete Schwangere muß die Hebamme zu besonderer Vorsicht bei allen Anstrengungen z. B. beim Heben, sowie bei Auswahl der Speisen, namentlich zur Vermeidung blähender Nahrungsmittel (wie Kohl, Kohlrabi, weiße Rüben, gelbe Erbsen und Linsen, oder Klöse und frischgebackenes Brod) ermahnen, und sie, sofern der Bruch nicht durch den Fortschritt der Schwangerschaft beseitigt wird, an einen Arzt verweisen. — Sollte aber ein Bruch schmerzhaft werden, und weder in der ebenen Rückenlage, noch durch vorsichtiges Zusammendrücken mit den Fingern zurückgeschoben werden können, sollte vielleicht Erbrechen und Stuhlverhaltung hinzutreten, welche Zufälle auf einer Einklemmung des enthaltenen Darmes beruhen, so hat die Hebamme unverzüglich die Herbeirufung eines Arztes zu verlangen, und bis zu dessen Ankunft der Kranken eine ruhige Lage im Bett und Enthaltung von allen festeren Speisen anzuempfehlen.

Siebentes Kapitel.

Von den Beschwerden beim Harnlassen Schwangerer insbesondere von der Rückwärtsneigung und Beugung der schwangeren Gebärmutter.

§. 253.

Der Abgang des Urins kann entweder zu häufig, wenn auch nur in geringen Mengen statt finden (Harndrängen), wobei der Abgang selbst nicht selten von Schmerz begleitet wird, oder er kann gar nicht oder gar zu selten erfolgen (Harnverhaltung), oder er erfolgt endlich ohne Wissen und Willen der Kranken (unwillkürlicher Harnfluß). Diese verschiedenen Harnbeschwerden der Schwangeren sind von sehr verschiedenen Ursachen abhängig, welche die Hebamme aufsuchen muß, bevor sie einen Rath ertheilen darf.

§. 254.

Der schmerzhafte Harndrang oder der Harnzwang, die Harnstrenge wird bei Schwangeren wie bei Nichtschwangeren in der Regel durch eine Entzündung der Harnröhre bedingt, wie sie bei dem weißen Flusse (§. 238) und dem damit zusammenhängenden Wundsein der äußeren Schamtheile gewöhnlich Statt findet. Hat die Hebamme sich durch eine innere Untersuchung davon überzeugt, daß ein in den folgenden §§. beschriebener Lagefehler der Gebärmutter nicht besteht, so verordne sie ruhige Lage im Bett, Reinlichkeit, öfteres Auswaschen der Schamtheile mit lauem Wasser, oder Leinsamenschleim, lasse reizende Speisen und Getränke, wie Wein, Branntwein, Kaffee u. s. w. meiden und dafür Mandelmilch, oder Leinsamen-, Eibisch- oder Königskerzenthee trinken. Sollten diese Mittel aber nicht bald helfen, so muß ärztlicher Rath in Anspruch genommen werden.

Das in den späteren Monaten auftretende öftere Verlangen, den Harn zu entleeren, rührt meist von dem Druck der ausgedehnten Gebärmutter auf die Harnblase her, und ist nur dann eine bedenklichere, die Hülfe des Arztes fordernde Erscheinung, wenn zugleich wassersüchtige Anschwellungen bestehen, wie §. 243 gelehrt wurde.

§. 255.

Ein unwillkürlicher Harnfluß, sowie ein Hervorstürzen

des Urins bei mäßigen Erschütterungen z. B. beim Husten, Nießen u. s. w. findet sich nicht selten, zumal bei Mehrgebärenden in den letzten Monaten der Schwangerschaft, und trägt dann zum Wundwerden der äußeren Geschlechtstheile bei. Ruhe und häufiges Auswaschen mit Leinsamenschleim, oder Kamillenthee u. dgl. verhütet oder mildert die letztgenannten Beschwerden. — In seltenen Fällen bemerkt man ein unwillkürliches Harnträufeln neben Harnverhaltung, wie sie in §. 257 besprochen wird.

§. 256.

Harnverhaltung, das vollständige oder unvollständige Unvermögen, den Urin willkürlich zu entleeren, tritt am häufigsten in dem zweiten bis vierten Monat der Schwangerschaft auf, gewöhnlich nachdem einige Tage ein oft empfindliches Harndrängen vorausgegangen ist, seltener plötzlich nach einer ungewöhnlichen Anstrengung, wie das Aufheben einer größeren Last, oder das Ausziehen einer schweren Schublade oder das Ueberschlangen z. B. beim Aufhängen der Wäsche, angeblich auch wohl nach heftigem Erbrechen, Husten oder nach einem Fall auf den Hinteren. Bei diesen Veranlassungen kommt eine Rückwärtslagerung oder Zurückbeugung der Gebärmutter zu Stande oder erreicht, wenn sie in geringen Grade schon früher, wie im zweiten Monat häufig (s. §. 61), oder vielleicht bereits vor Anfang der Schwangerschaft vorhanden war, einen höheren Grad, so daß der Muttergrund in die Kreuzbeinaushöhlung unter den Vorberg geräth, der Scheidentheil gegen die Schamfuge, ja sogar emporgerichtet, oder umgekehrt geknickt und mit dem Muttermund abwärts sehend an die hintere Fläche der vorderen Beckenwand angedrängt wird.

Während ein derartiger Lage- und Gestaltfehler der Gebärmutter bei Nichtschwangeren, bei welchen er nicht allzuselten angetroffen wird, eine große Reihe immer noch erträglicher Beschwerden z. B. Erschwerung der Stuhlausleerung mit Auftreibung der Därme oder Behinderung beim Stehen und Gehen, Schmerzen im Unterleibe und andere sogenannte Nervenzufälle veranlaßt, nehmen die Folgen der Rückwärtsneigung und Beugung der schwangeren Gebärmutter, wie erklärlich, einen weit dringlicheren bisweilen sogar lebensgefährlichen Charakter an. Durch die von Tag zu Tag zunehmende Vergrößerung des unterhalb des Vorbergs gelegenen Gebärmutterkörpers wird nicht blos der untere Abschnitt der Harnblase und die Harnröhre zusammenge-

drückt und dadurch die Harnentleerung gestört, sondern auch der Mastdarm wird comprimirt, und auf diese Weise Stuhlverstopfung und Verhaltung der Winde in höherem Grade herbeigeführt, welchen Störungen endlich Leibschmerzen, Appetitmangel, Erbrechen u. s. w. folgen. Nicht selten klagen die Kranken auch über Schmerzen im Becken und ein heftiges Pressen und Drängen nach unten. In vernachlässigten Fällen gesellt sich auch wohl Blasen- und Bauchfellentzündung hinzu, und es folgt Fehlgeburt oder der Tod.

§. 257.

In Folge der Harnverhaltung, welche in seltenen Fällen mit einem anhaltenden Harnträufeln verbunden ist, treibt der Leib allmälig auf. Man fühlt von der Schamfuge bis zum Nabel eine beim Anschlagen schwappende Geschwulst, welche nicht selten gegen Druck empfindlich ist. Dadurch, daß sie in wenig Stunden sich einstellt und am Tage vorher noch nicht bemerkt wurde, kann man sie von der langsam sich ausbildenden Bauchwassersucht, mit der sie bisweilen verwechselt worden ist, unterscheiden. Dabei klagt die Kranke über das dringende, aber nicht zu befriedigende Bedürfniß, den Harn zu lassen. Die Harnröhrenmündung erscheint hinter die Schamfuge hinaufgezogen und ist daher schwieriger aufzufinden. In der Scheide fühlt man den Mutterkörper als eine rundliche Geschwulst, welche das hintere Gewölbe herabdrängt, während man beim Emporschieben des Zeigefingers vorn hinter der Schamfuge den Scheidentheil entweder nach vorn und oben gerichtet (Rückwärtsneigung) oder umgeknickt mit dem Muttermund gegen den Ausgang sehend an die vordere Beckenwand angedrängt (Rückwärtsbeugung der Gebärmutter) findet.

§. 258.

So oft die Hebamme in den ersten vier Schwangerschaftsmonaten wegen Harnverhaltung, auch wohl neben einem empfindlichen Drängen zum Harnlassen und gleichzeitiger Stuhlverstopfung um Rath gefragt wird, hat sie innerlich zu untersuchen, ob nicht etwa der hintere Theil des Scheidengewölbes durch eine rundliche, derbe, oder elastische Anschwellung (die hintere Wand des ausgedehnten Gebärmutterkörpers) herab- und der Scheidentheil an die Schamfuge angedrückt ist. In diesem höchst bedenklichen Falle hat sie sofort nach dem Arzt zu sen-

den, der Kranken aber einstweilen eine ruhige Lage im Bett auf der Seite, und zwar mehr nach vorn geneigt (eine Bauchseitenlage), und Enthaltsamkeit von Speise und Trank zu empfehlen. In dem Falle, daß die Harnverhaltung bereits eine sehr beträchtliche Ausdehnung der Harnblase und Hervortreibung des Unterbauchs herbeigeführt hat, mag die Hebamme versuchen, die Harnentleerung entweder dadurch zu begünstigen, daß sie mit zwei in die Scheide eingeschobenen Fingern den auf den Blasenhals drückenden Scheidentheil vorsichtig empor- und von der Harnröhre hinwegdränge, wodurch der Abfluß des Urins bisweilen ermöglicht wird, oder den angesammelten Urin mit einem männlichen Katheter vorsichtig entleeren. Das Einführen des Katheters (§. 421) ist jedoch unter diesen Umständen besonders schwierig, und zumal der Gebrauch eines sogen. weiblichen Katheters nicht ohne bestimmte Gefahr. Aber auch dann, wenn auf diese Weise die Harnentleerung hergestellt wäre, bleibt es nothwendig, einen Arzt zu Rathe zu ziehen.

§. 259.

Daß in anderen seltenen Fällen die Harnverhaltung durch den Vorfall der schwangeren Gebärmutter bedingt werden kann, ist bereits im fünften Kapitel erwähnt. Auch hier muß sofort ärztliche Hülfe gesucht werden, und die Schwangere indessen in wagerechter Lage verbleiben.

Achtes Kapitel.

Von der Stuhlverstopfung und von dem Durchfall der Schwangeren.

§. 260.

I. Im Verlauf der Schwangerschaft, zumal in den letzten Monaten leiden die Frauen nicht selten an trägen und beschwerlichen Stuhlausleerungen. Diese Trägheit ist keineswegs immer durch einen Vorfall oder eine Zurückbeugung der Gebärmutter bedingt, wie dieß §. 246 und 254 erwähnt wurde, sondern hängt weit häufiger von der Behinderung ab, welche die Därme in ihrer Bewegung durch die ausgedehnte Gebärmutter erleiden, oder von einer verminderten Ab-

sonderung der Darmschleimhaut. Sehr selten ist die, alsdann mit heftigem Erbrechen verbundene, Stuhlverstopfung bei Schwangeren von einer Brucheinklemmung bedingt. (§. 252). — Da ein heftiges Pressen zur Stuhlausleerung für Schwangere ebenso nachtheilig ist, wie die Ansammlung von Koth in den Därmen, so hat die Hebamme, bei eingetretener Stuhlverhaltung durch ein Klystier aus Oel, Honig (oder Seife) und lauem Wasser sofort Erleichterung zu schaffen, alsdann aber, falls keine der früher §. 246—252 und 256 besprochenen Ursachen im Spiele ist, den häufigen Genuß von Buttermilch, oder auch nur fleißiges Trinken frischen Wassers oder Zuckerwassers, zumal am Morgen und Abend, sowie auch wohl den Genuß von gekochtem Obst anzurathen. Bei langwieriger Trägheit des Darmkanales dienen tägliche Waschungen des ganzen Körpers, insbesondere des Unterleibes mit frischem Wasser und regelmäßige Bewegung im Freien zu Beförderung der Stuhlausleerung. — Bei anhaltenden derartigen Beschwerden muß jedoch ein Arzt um Abhilfe ersucht werden.

§. 261.

II. Durchfall oder Diarrhoe der Schwangeren stellt sich sowohl nach Erkältungen, insbesondere der Füße und des Hinteren, z. B. beim Sitzen auf kalten Steinen u. s. w., als auch nach Diätfehlern, z. B. nach dem Genuß von vielem frischen Obst u. dgl. ein. Der Durchfall verursacht insbesondere dann, wenn er mit einem erheblichen Zwängen (Ruhr) verbunden ist, nicht selten unzeitige und Frühgeburten. Deshalb hat die Hebamme den mit Durchfall oder Ruhr behafteten Schwangeren sofort ruhiges Liegen im Bett, und den ausschließlichen Genuß von schleimigen Dingen, z. B. Hafer-, Graupen- oder Reisschleim, oder eine Abkochung von Eibischwurzeln und Königskerzenblüthen u. dgl. anzuempfehlen. Sollte jedoch Hitze, Durst und Leibschmerz zugegen sein, oder der Durchfall auf die angegebenen Mittel nicht nachlassen, so müssen die Kranken an den Arzt verwiesen werden.

Neuntes Kapitel.

Von dem Ekel und Erbrechen der Schwangeren.

§. 262.

Obschon man den Ekel und das Erbrechen Schwangerer wegen der Häufigkeit dieser Erscheinung zumal in den ersten Monaten nicht selten, aber gewiß mit Unrecht, zu den regelmäßigen Begleitern der Schwangerschaft zählt, so bleiben die gedachten Erscheinungen dennoch eine große Qual schwangerer Frauen, und bedürfen der Abhülfe oder Linderung. Das Erbrechen steigert sich bisweilen zum Blutbrechen oder verbindet sich in seltenen Fällen mit einem erschöpfenden Speichelfluß; der Ekel verleidet in einzelnen Fällen den Genuß fast jeder Speise, so daß diese Zufälle dann und wann die Fortdauer der Schwangerschaft und das Leben der Schwangeren bedrohen. Der Ekel und das Erbrechen verliert sich gewöhnlich im vierten oder fünften Schwangerschaftsmonat; der Speichelfluß dauert hingegen nicht selten bis nach der Geburt. — Daß das Erbrechen in einzelnen Fällen von anderweiten Krankheiten der Schwangeren, z. B. von Zurückbeugung oder Vorfall der Gebärmutter, oder von einem eingeklemmten Bruche, sowie von Unterleibsentzündung herrühren könne, und dann ein sehr bedenklicher Zufall ist, wurde bereits erwähnt.

§. 263.

So lange die Schwangere andere erhebliche Beschwerden, wie Frost, Hitze, Kopfschmerzen, Harnverhaltung u. s. w. nicht klagt, sucht man das Erbrechen durch sorgfältige Auswahl der Speisen und Getränke, durch den Genuß eines leichten Melissen-, Krausemünze- oder Zimmtthees oder roher Eisstückchen, oder durch Brausepulver, auch wohl durch einen aromatischen Umschlag auf die Magengegend, oder durch das Auflegen eines mit Rum befeuchteten Löschpapiers u. dgl. zu mäßigen. — Bisweilen bleiben von allen Nahrungsmitteln Bier und Brod das einzige, welches der Magen behält. Im Allgemeinen muß aber jede Frau an sich selbst beobachten, welche Speisen ihr zusagen, welche nicht.

Das in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auftretende Erbrechen steht bisweilen mit Stuhlverstopfung im Zusammenhang;

dann ist die Herstellung der Ausleerung durch Klystiere aus Kamillenthee mit Oel und Seife das geeignete Mittel, auch das Erbrechen zu mildern.

Ist das Erbrechen hartnäckig oder zeigen sich neben demselben Frost, Hitze, oder große Erschöpfung und Abmagerung der Schwangeren, so verlange die Hebamme den Rath eines Arztes.

Zehntes Kapitel.

Von den Ohnmachten und dem Scheintode Schwangerer, so wie von dem Absterben der Frucht im Mutterleibe.

§. 264.

I. Bei der Ohnmacht sinkt die Kranke um, verliert das Bewußtsein, wird blaß und kühl, zunächst im Gesicht, an Händen und Füßen. Beim Scheintod wird außer diesen Erscheinungen der Herz- und Pulsschlag unfühlbar und die Athembewegungen setzen aus. Beiderlei Zustände, zumal die Ohnmachten, kommen bei Schwangeren aus sehr verschiedenen Ursachen zu Stande und haben daher eine verschiedene Bedeutung.

Die Ohnmacht rührt entweder von verdorbener, z. B. mit Menschendunst überfüllter Luft, wie in den Kirchen, in Tanz- und Concertsälen, oder von einem heftigen Gemüthseindruck z. B. einem Schrecken, oder von längerem Stehen, enger Bekleidung, insbesondere von fester Zusammenschnürung der Brust u. dgl. her, oder sie stammt, und dann ist sie weit bedenklicher, von einem inneren oder äußeren Blutfluß ab.

Während in den erstgenannten Fällen, welche sich vorzüglich bei schwächlichen, reizbaren Frauenzimmern ereignen, das Zulassen von frischer Luft an die auf ein Sopha oder Bett gelagerte Kranke, das Oeffnen des Schnürleibs und anderer beengender Kleidungsstücke, das Ansprengen mit kaltem oder kölnischem Wasser, mit Essig u. dgl., das Reiben und Bürsten der Hände und Füße zu genügen pflegt, um den Zufall schwinden zu machen, muß in dem zuletzt erwähnten Fall, also bei Verdacht einer inneren oder äußeren Blutung sofort ein Arzt herbeigerufen, und um die Ursache der Ohnmacht zu heben,

der Sitz der Blutung aufgesucht werden. Hier finden dann alle diejenigen Vorschriften ihre Anwendung, welche bei Betrachtung der Blutungen Schwangerer im Kapitel 1 dieses Abschnittes gegeben wurden.

§. 265.

Bei dem Scheintod einer Schwangeren muß um so schleuniger ein Arzt herbeigerufen werden, je rascher dieser Zustand meist in den wirklichen Tod übergeht und weil es sich hier, zumal nach dem siebenten Monat nicht allein um die Rettung der Mutter, sondern auch um die des Kindes handelt, welches zufolge gesetzlicher Vorschrift, möglichst bald nach dem Tode der Mutter auf die eine oder andere Weise zu Tage gefördert werden muß. Bis der Arzt herbeikommt, hat die Hebamme durch bequeme Lagerung der Kranken, durch Anlegen von Wärmflaschen an die Hände, und Reiben der Füße mit wollenen Tüchern oder Bürsten, und durch Auflegen von Senf- und Meerrettigpflaster auf die Waden und Herzgrube die sinkende Lebensthätigkeit wieder anzufachen. —

Von den Zuckungen, welche Schwangere befallen, wird bei Betrachtung der ähnlichen Störungen der Geburt die Rede sein.

§. 266.

II. Das Absterben der Frucht im Mutterleibe kann in den früheren oder späteren Monaten der Schwangerschaft bald durch Krankheiten der Frucht, oder fehlerhafte Bildung der Nabelschnur oder Abtrennung des Mutterkuchens oder durch Krankheiten der Mutter, insbesondere durch Cholera, Pocken, Masern, Scharlach, Nervenfieber und Syphilis (venerische Krankheit), auch wohl durch Hungersnoth wie durch heftige Gemüthsbewegungen veranlaßt werden. — Die Erscheinungen des Absterbens der Frucht sind sehr verschieden, oft wenig hervortretend. Gewöhnlich hören die früher vorhandenen Schwangerschaftsbeschwerden plötzlich auf, die Brüste sinken zusammen, bisweilen nachdem sie zuvor angeschwollen waren, während eine molkenartige Flüssigkeit reichlich aus den Warzen ausfließt. Die alsdann häufig von einem anhaltenden garstigen Geschmack und Geruch sowie von Kältegefühl im Unterleib geplagte Schwangere bemerkt beim Absterben der Frucht in den späteren Monaten, daß der Unterleib meist nach einem oder mehreren Frostanfällen nicht mehr zunimmt, und daß die Gebärmutter bei dem Herumwenden in der wagerechten Lage wie

ein fremder Körper im Leibe hin und herfällt. Mit dem Absterben hören auch die Fruchtbewegungen auf, bisweilen nachdem eine plötzliche Steigerung derselben in zuckenden Stößen vorausgegangen war. Von demselben Zeitpunkt können auch die Herztöne der Frucht am Unterleib der Schwangeren nicht mehr gehört werden.

Mit Sicherheit lassen die zuerst genannten Erscheinungen auf den Tod der Frucht nicht schließen. Ein einziges sicheres Lebenszeichen wie das Hören der Herztöne der Frucht (§. 142) beseitigt die Besorgniß des Gestorbenseins derselben. —

Die abgestorbenen Früchte, welche je nach den Ursachen des Absterbens und dem längeren Verweilen in dem Ei bald wenig verändert, bald wassersüchtig oder mit blasenartig erhobener Oberhaut oder mit geschrumpfter Haut, bald zusammengedrückt erscheinen, werden früher oder später, bisweilen erst nach Wochen und Monaten meist ohne Nachtheil für die Mutter ausgestoßen.

Bei dem begründeten Verdacht des Absterbens der Frucht muß die Hebamme die Schwangere an einen Arzt verweisen.

II. Abschnitt.

Von den Störungen der Geburt und den Krankheiten der Gebärenden, sowie von dem, was die Hebamme dabei zu thun hat.

§. 267.

Die Störungen des Geburtsverlaufs sind sehr mannigfaltig. Um dieselben leichter überblicken zu können, hat man sie in Classen eingetheilt; so z. B. nach den verschiedenen Ursachen derselben: 1) je nachdem diese in Fehlern der Frucht, z. B. in ungewöhnlicher Größe oder Gestalt, oder in einer fehlerhaften Lage derselben bestehen, oder 2) in den übrigen Eitheilen sich finden z. B. in einer ungewöhnlichen Festigkeit der Eihäute, in zu vielem Fruchtwasser, in dem Sitz des Mutterkuchens auf dem Muttermund, in dem Vorfall der Nabelschnur oder in der fehlerhaften Lösung und Ausstoßung der Nachgeburt, oder je nach dem sie 3) auf Fehlern und Krankheiten der Mutter beruhen. Diese letzteren sind wiederum theils in einer fehlerhaften Beschaffenheit der Wehen oder der weichen und harten Geburtswege, theils in

allgemeinen Krankheiten, wie Zuckungen u. s. w. zu suchen. Für eine Hebamme, welche die Erscheinungen als solche zunächst in's Auge fassen wird, um das für den einzelnen Fall geeignete Verfahren sofort anordnen zu können, scheint es zweckmäßiger, die fehlerhaften Geburten einzutheilen

1) in solche, deren Hergang erschwert und verzögert oder für die Naturkräfte ohne Schaden für Mutter oder Kind unvollendbar ist,

2) in solche, deren Hergang zwar nicht erschwert, allein von anderweiten Gefahren für Mutter oder Kind begleitet ist.

---

1. Klasse.

Die erschwerten und verzögerten oder durch die Naturkräfte unvollendbaren Geburten.

§. 268.

Die Erschwerung des Geburtsverlaufs, bei welcher die Vollendung der Geburt mehr als gewöhnliche Anstrengungen von Seiten der Mutter erfordert, ist in der Regel mit einer Verzögerung desselben verbunden. Die Verzögerung betrifft aber bald, jedoch seltener, alle Geburtszeiträume, bald und häufiger nur einzelne. In der Regel tritt dabei nicht allein eine ungewöhnlich große Ermüdung und sogar Erschöpfung der Gebärenden, zumal einer schwächlichen, an Anstrengungen nicht gewöhnten, verzärtelten ein, sondern auch eine anderweite Gefährdung der Gesundheit und des Lebens der Mutter, wie des Kindes.

Die besonderen Gefahren für die Mutter bestehen aber theils in den Folgen der Quetschungen und Zerreißungen der weichen Geburtswege, welche zumal bei Verzögerungen der Austreibungsperiode zu befürchten sind, und Blutungen sowie nachfolgende Entzündungen veranlassen, theils in dem Auftreten von Fieber, welches sich durch erhöhte Temperatur, schnellen häufigen Puls, unersättlichen Durst, Kopfschmerz und Irrereden zu erkennen gibt und bisweilen von grünen Erbrechen begleitet wird.

Dem Kinde drohen bei erheblichen Geburtsverzögerungen — je-

doch fast ausschließlich erst nach Abfluß des Fruchtwassers — bald ein Druck auf die Nabelschnur, welcher sich durch Verlangsamung und endliches Verschwinden der Herztöne kund gibt, bald Verletzungen der Hautbedeckungen und der darunter liegenden Gebilde bis zur Verschorfung und zum Brandigwerden derselben theils in Folge des unmittelbaren Druckes, welchen der vorliegende Theil gegen Hervorragungen im Becken erleidet, theils in Folge der stockenden Blutbewegung in den Adern der Kindestheilgeschwulst.

§. 269.

Im Allgemeinen ist jedoch zu bemerken, daß keineswegs allein die Dauer der Geburtsverzögerung die Gefahr für die Mutter und für das Kind bestimmt, indem manche Geburten trotz Tage langer Dauer für beide endlich doch noch glücklich ablaufen. Die Gefahr muß vorzugsweise nach den Erscheinungen und Veränderungen, welche sich an dem mütterlichen und kindlichen Körper einstellen, beurtheilt werden. Diese Veränderungen betreffen theils das Allgemeinbefinden der Kreissenden, z. B. hinsichtlich des Pulses, der Hauttemperatur u. s. w., oder die Geschlechtstheile derselben, anderntheils die durch die Bauchdecken hörbaren Herztöne der Frucht, welche dauernd verlangsamt werden, und die im Muttermund fühlbare Kindestheilgeschwulst. Hinsichtlich der mütterlichen Geschlechtstheile sind beträchtliche Anschwellungen der Muttermundslippen, wie der äußeren Schamtheile, andauernde Schmerzen und blutig-schleimige oder mißfarbige Abgänge und plötzliches Nachlassen der Wehen besonders bedenklich.

§. 270.

In Betreff der aus Erschwerung und Verzögerung der Geburt an sich entspringenden Gefahren läßt sich im Allgemeinen der Rath ertheilen, daß, wenn nicht bereits andere der weiter zu betrachtenden Verhältnisse zu einer früheren Zuziehung des Arztes gedrängt haben, die Hebamme jedenfalls dann, wenn binnen vier Stunden nach hinlänglicher Erweiterung des Muttermundes die Ausstoßung des Kindes nicht erfolgt, einen Geburtshelfer zu Hülfe rufen soll.

Erstes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der Wehen.

§. 271.

Die fehlerhafte Wehenthätigkeit ist unbedingt die häufigste Ursache verzögerter Geburten. Sie besteht bald und am häufigsten in Fehlern der Zusammenziehung der Gebärmutter, bald (jedoch nur in der Austreibungsperiode) in Störungen der mitwirkenden Thätigkeit der Bauchpresse (§. 110).

§. 272.

Um von dem zuletzt erwähnten Fehler zuerst zu sprechen, so beruht die mangelhafte Thätigkeit der Bauchpresse entweder auf allgemeiner Schwäche und Erschöpfung, z. B. in Folge von überstandener Noth, oder von anhaltenden Nachtwachen oder von vorausgegangenen schweren Krankheiten, z. B. heftigen Durchfällen, Blutflüssen, oder nach vorzeitigem und unpassendem Pressen und Drängen der Kreissenden; in seltneren Fällen auf Hindernissen des Athmens, wie sie bei buckeligen Frauen oder bei denen Statt finden, welche mit einem bedeutenden Kropf behaftet sind, oder an Fettsucht, Brustentzündung, Krampfhusten u. dgl. leiden. — Alle diese Hindernisse des Mitpressens kommen, wie bereits erwähnt, erst in der Austreibungsperiode in Betracht, und fordern, falls sie sich in erheblichem Grade geltend machen, und nicht, wie z. B. bei Buckeligen, Kröpfigen, mit langwierigen Herzleiden Behafteten u. s. w. durch eine zweckmäßige halbsitzende Stellung der Kreissenden u. dgl. gemindert werden können, die sofortige Herbeirufung des Geburtshelfers, zumal da einige der genannten Krankheiten auch unmittelbar das Leben der Mutter bedrohen. Bis der Arzt hinzugekommen ist, muß man alle Geburtsanstrengungen verbieten, vielmehr der Kreissenden eine möglichst bequeme Lage schaffen und Ruhe anempfehlen. —

Die fehlerhaften Zusammenziehungen der Gebärmutter selbst, welche die Geburt aufzuhalten vermögen, zeigen sich in zweifacher Form, entweder als Wehenschwäche, oder als krampfhafte Wehenstörung.

1) Von den zu ſchwachen Wehen.

§. 273.

Zu ſchwache Wehen ſind diejenigen, welche mit Rückſicht auf die den einzelnen Geburtszeiträumen zukommende Beſchaffenheit der Wehen, wie ſie §. 113 und 117 erörtert iſt, ſowohl zu ſelten auftreten, als auch zu kurz dauern, und nicht denjenigen Fortſchritt im Geburtsverlauf bewirken, welchen ſie hervorbringen ſollen. In der Regel verurſachen ſie auch den Kreiſſenden nicht die der Geburtszeit entſprechende Schmerzempfindung.

Die Wehenſchwäche kann ſich im ganzen Geburtsverlauf, oder auch nur in einzelnen Abſchnitten deſſelben zeigen, und zwar nicht allein bis zur Ausſtoßung des Kindes, ſondern auch bei Abtrennung und Ausſtoßung der Nachgeburt; im letzteren Fall iſt ſie die häufigſte Urſache der Gebärmutterblutungen in der Nachgeburtsperiode, wovon §. 369—372 das Weitere.

§. 274.

Bei Wehenſchwäche in der Eröffnungsperiode geht das Verſtreichen des Scheidentheils und die Erweiterung des Muttermundes langſamer vor ſich, als mit Rückſicht auf die Verſchiedenheit der Entwickelung bei Erſt- oder Mehrgebärenden zu erwarten iſt. Der Muttergrund erſcheint während der zu ſchwachen Wehe wenig, und nur für kurze Zeit geſpannt, die Blaſenſtellung erfolgt ſehr langſam, und der Blaſenſprung zieht ſich ungewöhnlich hinaus. Da jedoch die Verzögerung der Geburt in dieſer Geburtsperiode ſelten und nur bei dem Hinzutreten anderer Fehler und Zufälle von einem nachtheiligen Einfluß iſt, ſo bedarf die Wehenſchwäche in dieſer Zeit durchſchnittlich nur in ſofern Beachtung, als ihre Fortdauer in den folgenden Geburtszeiten verhütet werden muß. Dazu dient neben ermuthigendem Zureden eine recht ſorgfältige, bequeme Lagerung der Kreiſſenden, Begünſtigung des Schlafs, Genuß einer Taſſe Fleiſchbrühe u. ſ. w.

§. 275.

Bedenklicher wird die Wehenſchwäche in der Austreibungsperiode. Hier ſtellt ſie ſich vorzugsweiſe bei Erſtgebärenden dann ein, wenn der Kopf bis zum Beckenausgang herabgetrieben iſt, und von dem engſten Beckenraume, oder von den ſtrafferen Weichtheilen

des Dammes aufgehalten wird. Am nachtheiligsten erscheint alsdann die Wehenschwäche bei ungewöhnlichen Kindeslagen, z. B. bei Gesichts- und Beckenendelagen, bei welchen, wie schon erwähnt, eine irgend erhebliche Verzögerung der Geburt um diese Zeit den glücklichen Ausgang für das Kind in Frage stellt.

Ganz besonders bedenklich ist das plötzliche Nachlassen und gänzliche Aufhören der Wehen, wenn dasselbe nach sehr stürmischem Pressen und Drängen der Kreissenden eintritt. Alsdann hat man zumal, wenn allmälig sich steigernde Schmerzen an einer bestimmten Stelle im Becken und ein meist geringer Blutabgang vorausgegangen ist, eine Zerreißung der Gebärmutter zu besorgen; vergl. §. 367.

Von den gefährlichen Folgen der Wehenschwäche in der Nachgeburtsperiode wird im 8. und 9. Kapitel der zweiten Klasse der Geburtsstörungen die Rede sein.

§. 276.

Abgesehen davon, daß bei den Frauen mancher Familien eine schwache Wehenthätigkeit erblich zu sein scheint, und daß ein abweichender Bau der Gebärmutter, z. B. eine Theilung der Gebärmutterhöhle durch eine Scheidewand, oder eine Einlagerung von Fremdbildungen z. B. Fasergeschwülste (Fibromyome) in die Gebärmutterwand die Schuld der alsdann bei mehreren aufeinander folgenden Geburten sich wiederholenden Wehenschwäche tragen kann, kennt man als vorzüglichste Ursache der Wehenschwäche

1) eine ungewöhnliche Ausdehnung der Gebärmutter durch zu vieles Fruchtwasser oder durch Zwillinge u. s. w.

2) plötzliche heftige Gemüthsbewegungen, insbesondere bei heftigem Schrecken, wodurch die Wehenthätigkeit sofort, und sogar für mehrere Tage gänzlich aufgehoben werden kann;

3) eine durch Erkältung veranlaßte Entzündung der Gebärmutter, welche Ursache freilich weit häufiger neben Unwirksamkeit der Wehen eine ungleichmäßige und mehr, als gewöhnliche Schmerzhaftigkeit derselben bewirkt, und daher bei Betrachtung der Krampfwehen (§. 278—282) näher zu besprechen ist.

4) Ueberfüllung des Magens mit blähenden unverdaulichen Speisen, z. B. Erbsen, Linsen, Kohlrabi, Pflaumen u. s. w. oder mit frischem Kuchen u. dgl. führt ebenso wie

5) eine beträchtliche Ausdehnung der Harnblase durch Urinverhaltung sowohl während der Austreibungsperiode als auch in der Nachgeburtszeit (§. 374) zur Wehenschwäche.

6) Endlich verursacht der unpassende Gebrauch von reizenden Dingen in den früheren Geburtszeiträumen, wie der allzu reichliche Genuß von Wein, Branntwein, starken Kaffee, Zimmttinctur, Hoffmannstropfen u. s. w. nicht selten in den späteren Geburtsperioden Wehenschwäche, ebenso die zu frühen Anstrengungen der Kreissenden bei dem vorzeitigen Verarbeiten der Wehen.

§. 277.

Sobald man die Wehenschwäche, vor deren vermeidbaren Ursachen die Schwangeren jederzeit gewarnt werden müssen, im einzelnen Geburtsfall entdeckt, muß man der besonderen Veranlassung derselben nachspüren, und dieser gemäß, keineswegs aber im Allgemeinen gegen die Wehenschwäche verfahren. Daher wird die Wehenschwäche in Folge von ungewöhnlicher Ausdehnung der Gebärmutter, sobald der Muttermund unter ruhigem Zuwarten bei bequemer, öfter wechselnder Lage und Haltung der Kreissenden hinlänglich erweitert ist, falls der Kopf, aber nicht etwa daneben eine Schlinge der Nabelschnur vorliegt, durch das Zerreißen der Eihäute wirksam bekämpft. Bei der auf einen Schrecken u. dgl. folgenden Wehenschwäche kann man, wenn nicht andere Zufälle etwas Bestimmtes erheischen, unter beruhigender Zusprache beim Gebrauch einer Tasse Kamillenthee das Wiedereintreten der Wehen in der Regel geduldig abwarten. Nach vorausgegangener Erkältung muß die Kreissende sofort in das Bett gebracht, und die gestörte Hautthätigkeit durch den Genuß von warmer Limonade oder Lindenblüthenthee u. dgl., auch wohl durch ein auf das Kreuz zu legendes Senfpflaster, welches man $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunden liegen lassen kann, angeregt werden.

Die verzögerte Erweiterung des Muttermundes kann in solchen Fällen auch durch eine von Zeit zu Zeit (etwa stündlich) wiederholte Einspritzung von 30° warmem Wasser in die Scheide (Douche) oder durch ein mit Vorsicht bereitetes Dampfbad gefördert werden.

Bei wohlgenährten vollblütigen Kreissenden mit rothem Gesicht und lästigem Gefühl von Hitze sorge die Hebamme für frische Luft im Zimmer, mache kalte Umschläge um die Stirn, und gebe der Gebärenden, welche während der ersten Geburtsperiode sich nicht legen, sondern außer

dem Bett bleiben mag, kühlendes Getränk; bei fehlender Oeffnung setze sie ein Klystier mit Honig und Essig. Umgekehrt bei mageren Kreissenden von blassem Aussehen ist bald die Ruhe in bequemer Lage und der Genuß einer guten Fleischbrühe, einer Biersuppe, einer Tasse Kaffee, oder auch von etwas Wein mit Wasser zu empfehlen. Ist endlich eine Ueberladung des Magens, oder der Genuß blähender Speisen Ursache des Wehenfehlers, so reiche die Hebamme eine Tasse eines leichten Aufgusses von Kamillenblumen, welcher dann nicht selten Erbrechen veranlaßt, und gebe Klystiere von lauem Wasser mit 1 Löffel voll Ricinusöl und Syrup oder von Kamillenthee u. dgl. Ist die Harnblase von Urin ausgedehnt, so muß der Katheter vorsichtig eingeführt und der Harn entleert werden (§. 421).

Wo es aber nicht gelingt, die Wehenschwäche in dieser Weise zu beseitigen, hat die Hebamme den Arzt herbeirufen zu lassen. — Die Zuziehung eines Arztes erscheint bei dem durch Erkältung oder in Folge allgemeiner Schwäche auftretenden verursachten Wehenmangel um so dringender geboten, je häufiger den genannten Ursachen schlimme Erkrankungen im Wochenbette folgen.

2) Von den krampfhaften Wehen.

§. 278.

Krampfhafte Wehen sind solche meist ungewöhnlich schmerzhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter, welche die Geburt nicht fördern, im Gegentheil sehr lange verzögern, auch wenn alle übrigen Verhältnisse, wie Lage, Haltung und Stellung der Frucht, Räumlichkeit des Beckens u. s. w. günstig sind. Dergleichen theilweise Zusammenziehungen haben am häufigsten ihren Sitz am unteren Abschnitt der Gebärmutter, bedingen in der ersten Geburtsperiode eine ungewöhnlich langsame Erweiterung des Muttermundes, wobei der Rand der Oeffnung bald unnachgiebig, gespannt, derb, bald weich, aufgelockert, nachgiebig erscheint. In dem letzteren Fall hat die krampfhafte Spannung ihren Sitz in der Gegend des inneren Muttermundes und man nennt sie dann Strictur. Eine solche Einschnürung kann auch in der zweiten und dritten Geburtsperiode fortbestehen oder auftreten, und erschwert oder hindert die Herausbeförderung des nachfolgenden Rumpfes oder Kopfes so wie der Nachgeburt (§. 375).

Gewöhnlich hat man die krampfhaften Wehen als besonders schmerzhafte bezeichnet; sehr häufig sind sie dieß auch, allein nicht immer. Es gibt nämlich sehr hartnäckige Krampfzustände der Gebärmutter bei Gebärenden, bei welchen die letzteren nur über ein zeitweilig auftretendes Drängen klagen, theilnahmlos daliegen und einen Fortschritt der Geburt, sogar in mehr als 24 Stunden nicht bemerken lassen *). Regelmäßige, nicht willkührlich von der Kreissenden vielleicht nach Aufforderung der Umgebung hervorgerufene Zusammenziehungen der Bauchpresse — unwillkührliche Treibwehen — finden sich während der krampfhaften Wehen nicht.

§. 279.

Die Krampfwehen — eines der häufigsten Geburtshinderniſſe, welches dann und wann mit Beckenenge, fehlerhafter Fruchtlage zusammentrifft, und alsdann doppelt bedenklich wird — verzögern, wie erwähnt, stets den Geburtsverlauf, zunächst die Erweiterung des Muttermundes und die Stellung der Blase, falls nicht, wie freilich sehr häufig in diesen Fällen, das Fruchtwasser vorzeitig sogar vor nachweislicher Eröffnung des Muttermundes abgeflossen ist. Sie hindern ferner das Vorrücken des vorliegenden Kindestheils, welcher sich bei lebender Frucht oft mit einer beträchtlichen, bei Strictur sogar bis hinter die wulstigen Mutterlippen sich erstreckenden Anschwellung bedeckt. Der vorliegende Theil, welcher zumal bei Mehrgebärenden durch das willkürliche Abwärtsdrängen während der Wehe mit dem Muttermund herabrückt, steigt beim Nachlaß derselben bisweilen merklich wieder empor. Gleichzeitig wird die Gebärende durch die häufigen, oft sehr schmerzhaften Wehen ungewöhnlich erschöpft. — Andererseits verliert sich der Krampf der Gebärmutter bisweilen nach eingetretenem Erbrechen oder Schlaf, und die regelmäßig gewordenen Wehen führen die lange verzögerte Geburt nunmehr oft überraschend schnell und ohne üble Folgen für Mutter und Kind zu Ende.

§. 280.

Während die Anlage zu Krampfwehen theils durch andauernden Aerger und Verdruß während der Schwangerschaft erworben wird,

*) Diese Krampfwehen, der Starrkrampf der Gebärmutter genannt, werden nicht selten zum Nachtheil für Mutter und Kind mit Wehenschwäche verwechselt.

theils in einer gewissen, durch verzärtelnde Erziehung bedingten Reizbarkeit begründet erscheint, und am häufigsten bei Erstgebärenden zwischen dem 25. und 35. Lebensjahre beobachtet wird, sind die gewöhnlichsten Veranlassungen zu dieser lästigen Wehenstörung:

1) eine durch Erkältung der Füße, der äußeren Geschlechtstheile oder irgend eines anderen Körperabschnittes herbeigeführte, katarrhalische Entzündung der Gebärmutter, welche man auch wohl Rheumatismus der Gebärmutter genannt hat. Da Erkältung beim plötzlichen und jähen Temperaturwechsel, wie derselbe beim Uebergang des heißen Sommerwetters zur kühlen und feuchten Herbstwitterung, oder bei plötzlich einfallendem Thauwetter im Frühjahr Statt findet, viele Hochschwangere und Gebärende zu gleicher Zeit betreffen kann, so beobachtet man die krampfhaften Wehenstörungen zu gewissen Zeiten häufiger, als sonst. Im einzelnen Fall kann die Erkältung aber auch durch unvorsichtige Entblösung schwitzender Körpertheile während der Geburt z. B. beim Verlassen des Bettes, oder bei Benutzung zugiger Abtritte, oder bei dem unvorsichtigen Aufdecken während der Untersuchung u. dgl. zu Stande gekommen sein. — Eine andere, zu Krampfwehen führende, für das Wochenbett fast noch gefährlichere Entzündung der Gebärmutter und meist auch der Scheide kann durch Ansteckung (Infection) in den letzten Wochen oder Tagen vor oder während des Eintritts der Geburt veranlaßt sein. (S. §. 387).

2) Eine weitere Veranlassung der Krampfwehen bietet das öftere rohe Untersuchen, zumal mit einer kalten Hand, sowie das Zerren und Dehnen des Muttermundes, wenn derselbe sich langsam erweitert. Insbesondere macht sich dieß dann geltend, wenn die Wässer vorzeitig, etwa vor dem regelmäßigen Ende der Schwangerschaft abgeflossen sind, ein Ereigniß, welches freilich auch in anderer Weise die Krampfwehen begünstigt, und oft mit der erwähnten entzündlichen Erkrankung der Gebärmutter im Zusammenhang steht. — Die örtliche Reizung des unteren Gebärmutterabschnitts kann aber auch durch einen engen Beckeneingang verursacht werden; aus diesem Grunde ist das häufige Zusammentreffen der Krampfwehen zumal mit einem durchweg zu engen Becken (§. 299) zu erklären.

3) Bisweilen wird eine hier in Rede stehende Geburtsstörung durch einen während der Geburt plötzlich einwirkenden Gemüthsaffect insbesondere durch heftigen Aerger hervorgerufen.

§. 281.

Die Gefahren, welche die krampfhafte Wehenstörung begleiten, jedoch auch bei Tagelanger Geburtszögerung keineswegs immer auftreten, können sowohl das Kind, wie die Mutter treffen. Jenes stirbt bisweilen entweder durch den theilweisen Druck, (welcher in einzelnen Fällen rothe Streifen oder eine bläuliche Färbung der unterhalb der Strictur gelegenen Theile veranlaßt, in anderen den Blutlauf in der Nabelschnur hemmt), oder in Folge der Verzögerung des Geburtsverlaufes, welche zumal bei den (in Folge der krankhaft veränderten Gestalt der Gebärmutterhöhle entstandenen) ungewöhnlichen oder Querlagen der Frucht doppelt nachtheilig wird. — Die Mütter sind nicht allein der Erschöpfung in Folge der oft heftigen und lange andauernden Schmerzen, und, falls der Krampf in der Nachgeburtsperiode fortdauert oder auftritt, den üblen Folgen der Nachgeburtsverhaltung (§. 373, 376), den Blutungen u. s. w. ausgesetzt, sondern erkranken auch häufig nach dergleichen Wehenstörungen im Wochenbett an gefährlichen Entzündungen und Fiebern, insbesondere dann, wenn die erwähnten entzündlichen Processe bereits die Ursache der Krampfwehen waren. In anderen, zumal in den allein durch Gemüthsaffecte veranlaßten derartigen Geburtsstörungen, verläuft das Wochenbett trotz Tage und Nächte hindurch dauernder Geburtszögerung, falls dieselbe geduldig und vorsichtig abgewartet wurde, meist ohne alle üble Erscheinungen.

§. 282.

Sobald als die Hebamme die Erscheinungen der Krampfwehen wahrnimmt, soll sie den Geburtshelfer herbeirufen lassen; bis dieser seine Verordnungen treffen kann, bringe sie die Kreissende in ein erwärmtes Bett, befördere die gestörte Ausdünstung durch eine Tasse Lindenblüthen- oder Kamillenthee u. dergl., gebe Klystiere von Kamillenthee, lege erwärmte, auch wohl mit Mastix durchräucherte Tücher, oder warme Breiumschläge aus Kleie mit Kamillenblüthen oder ein Senfpflaster auf das Kreuz oder den Unterleib. Das letztere lasse sie daselbst $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden wirken. Bei durch Krampf verzögerter Erweiterung des Muttermundes nützen bisweilen wiederholte Einspritzungen von 30° warmen Wasser in die Scheide.

Da erfahrungsgemäß die krampfhaften Wehen nicht selten eine

günstige Umwandlung zum Regelmäßigen durch eintretenden Schlaf erfahren, so hat die Hebamme diesen auf jede Weise zu befördern und mögliche Störungen desselben zu verhüten.

Zweites Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der weichen Geburtswege.

§. 283.

Zu den weichen Geburtswegen rechnen wir hier alle im Beckenkanal befindlichen Weichtheile, zunächst die inneren Geschlechtstheile.

1) Unter den Lagefehlern der Gebärmutter, welche den Geburtsverlauf erschweren können, ist des Vorfalls und des Hängebauchs bereits bei Betrachtung der Schwangerschaftsstörungen (§. 248–249) gedacht worden. Der erstere, ein äußerst seltenes Ereigniß während der Geburt, verzögert dieselbe in der Regel nur dadurch, daß die ausgetretenen Mutterlippen hart und unnachgiebig geworden sind und der Muttermund sich deßhalb nicht erweitert. In diesem Fall ist der Arzt herbeizurufen; bis zu dessen Ankunft werde die Kreissende in eine wagerechte Lage, zumal auf der einen oder anderen Seite gebracht und die hervorgetretene Gebärmutter entweder mit der Hand oder mittelst eines kreuzweise für den Muttermund eingeschnittenen vierzipfeligen Leinwandstückes, von welchem man zwei Zipfel über den Hinteren, die anderen am Bauch heraufhalten läßt, unterstützt.

§. 284.

Der Hängebauch, (über dessen Ursachen und Zeichen §. 249 und 250 zu vergleichen) verzögert in der Regel die Erweiterung des stark nach hinten emporgezogenen Muttermundes, erschwert das Herabrücken des vorliegenden Kopfes, welcher nicht selten in ungewöhnlicher Stellung (Stirn- oder Ohrlage §. 328) gefühlt wird, und begünstigt den vorzeitigen Wasserabfluß wie den Vorfall der Nabelschnur oder einer Hand neben dem Kopf, so wie, da er nicht selten mit einem engen Beckeneingang verbunden ist, Quetschungen des Mutterhalses und der Harnblase. Gewöhnlich hat man der Kreissenden die Rückenlage mit etwas erhöhtem Steiße oder eine Seitenlage anzurathen. Wenn jedoch der Beckeneingang durch einen ungewöhnlich vorspringenden

Vorberg verengt ist (§. 249), kann die Rückenlage Nachtheil bringen, und muß dafür der Kreissenden eine Seitenlage oder eine halb sitzende, halb liegende Haltung angewiesen werden, während man ihren Leib von einer Gehülfin mit den Händen gegen die Herzgrube hinauf heben läßt. Bis dahin, daß der vorliegende Kopf in das Becken herabgetreten ist, hat die Hebamme das Verarbeiten der Wehen zu untersagen, vielmehr ungesäumt, sobald stärkere Druckwehen eintreten und der Kopf nicht herabrückt, sondern die vordere Mutterlippe anschwillt, den Geburtshelfer zu Hülfe rufen zu lassen. Die hinter der Schamfuge vielleicht herabgedrängte mehr und mehr anschwellende Muttermundslippe mag sie mit dem Zeige- und Mittelfinger während der Wehe vorsichtig zurückhalten und sanft emporschieben. Denn hier droht eine Quetschung des Mutterhalses, welche bei Vernachlässigung in eine Abtrennung der vorderen Mutterlippe mit bedenklicher Blutung und nachfolgender Verunstaltung der letzteren oder in eine Blasen- und Gebärmutter-Scheidenfistel (§. 400) ausgeht.

§. 285.

Die krankhaften seitlichen Schieflagen der Gebärmutter, welche man nur dann anzunehmen berechtigt ist, wenn der Muttergrund ungewöhnlich stark in der einen Seite des Leibes, der Muttermund in der entgegengesetzten Seite des Beckens gefühlt wird, geben, abgesehen von der Begünstigung des vorzeitigen Wasserabflusses und der damit zusammenhängenden verzögerten Erweiterung des Muttermundes, nur dann zu erheblichen Geburtsstörungen Anlaß, wenn zugleich eine Schiefstellung des vorliegenden Kindestheiles (§. 328) und damit eine Quetschung des unteren Gebärmutterabschnittes Statt findet.

Im Allgemeinen ist bei der seitlichen Schieflage der Gebärmutter eine Lagerung der Gebärenden auf die entgegengesetzte von derjenigen Seite, nach welcher der Muttergrund hingerichtet ist, zu empfehlen, damit der Muttergrund als der schwerere Theil und damit der in demselben liegende Kindestheil in diese Seite hinübersinke. Gleichzeitig steigt der Muttermund und der über demselben befindliche Kindestheil etwas empor und beide gelangen in die Mittellinie des Beckens. Sobald jedoch Zeichen der Quetschung des Muttermundes, wie z. B. empfindliche Anschwellung, Blutabgang u. s. w. auftreten, ist ohne Zögern ärztliche Hülfe zu verlangen.

§. 286.

2) Die Schiefheit der Gebärmutter, welche theils angeboren als einhörnige oder zweigehörnte Mißstaltung, theils durch überstandene Krankheit erworben vorkommt, gibt sich dadurch kund, daß der Muttermund in derselben Beckenhälfte zu fühlen ist, über welcher der ausgedehnte Muttergrund wahrgenommen wird. Dabei erscheint die Gebärmutterhöhle nicht selten sackförmig nach der einen oder anderen Seite erweitert, wodurch fehlerhafte Lagen der Frucht (§. 319) begünstigt werden. Die Hebamme muß sobald sie diesen Fehler entdeckt, die Herbeirufung eines Arztes verlangen, der Kreissenden aber eine wagerechte Lage geben, und alles Pressen und Drängen untersagen.

§. 287.

3) Die mangelhafte Erweiterung des Muttermundes, eine der häufigsten Erscheinungen bei verzögerten Geburten, ist abgesehen von denjenigen Fällen, in welchen Wehenschwäche oder krampfhafte Wehen, insbesondere die Strictur der Gebärmutter dieselbe bedingt, (welche Fehler bereits §. 273—282 besprochen sind)

a) entweder durch Verwachsung oder Verklebung des Muttermundes bedingt. Hier findet man trotz gehörigen Verstreichens des Scheidentheils und des unteren Gebärmutterabschnittes die Oeffnung des Muttermundes gar nicht, auch wohl allein durch ein kleines Fältchen angedeutet, oder sie erscheint von gallertartigen Fäden übersponnen und dann ungewöhnlich klein. Wenn in diesen Fällen nach wiederholter Anwendung der 30° warmen Scheideneinspritzungen das vorsichtige Andrücken des Zeigefingers gegen die kleine Oeffnung jene gallertartigen Fäden nicht zu sprengen vermag, muß der Geburtshelfer sofort herbeigerufen werden, weil bei längerer Verzögerung der Geburt Gefahren für die Mutter drohen.

§. 288.

b) Oder der Muttermund erweitert sich nicht, weil seine Ränder ungewöhnlich fest und unnachgiebig sind. Alsdann ist entweder der Scheidentheil zu Kartenpapierstärke verstrichen, und nur die Oeffnung eine ungewöhnlich kleine und wie von einer gespannten Darmsaite umgeben, oder man entdeckt harte, knotige Stellen am Umfang des Muttermundes. Die erstere Beschaffenheit beruht auf einer eigenthümlichen Festigkeit, Rigidität, oder ist die Folge vorausgegangener schwerer Entbindungen oder anderer Operationen am

Scheidentheil, welche Narben hinterlassen haben. Die Knoten hingegen weisen gewöhnlich auf Gebärmutterkrebs, in welchem Falle seit längerer Zeit heftige Kreuzschmerzen und Blutabgänge Statt zu finden pflegen.

In beiden Fällen können zumal bei stürmischen Wehen gefährliche Zerreißungen der Gebärmutter entstehen, weßhalb die Hebamme, falls wiederholte Einspritzungen von warmem Wasser oder lauwarme Sitzbäder die Erweiterung in gehöriger Zeit nicht bewirken, ärztliche Hülfe zu suchen hat.

§. 289.

c) Eine Quetschung des unteren Gebärmutterabschnittes zwischen Kopf und Beckeneingang ist nach vorzeitigem Abfluß des Fruchtwassers, zumal bei engem Beckeneingang und bei Schiefelage der Gebärmutter. (z. B. bei Hängebauch), eine weitere Ursache der mangelhaften Erweiterung des Muttermundes. Man hat diese höchst bedenkliche Veranlassung dann zu vermuthen, wenn bei regelmäßigen, auch wohl bereits mit Pressen und Drängen verbundenen Wehen, also bei Abwesenheit von Krampf, der anfangs gehörig verstrichene Muttermund zuerst an einer oder an mehreren Stellen, allmälig aber im ganzen Umfang zu einem weichen, nachgiebigen Wulst anschwillt, und die Kreissende über einen bei jeder Wehe zunehmenden Schmerz in der Gegend des Kreuzes oder der Schamfuge klagt.

Wird in diesen Fällen die stattfindende Quetschung nicht baldigst gehoben, so erfolgt eine Durchreibung des unteren Gebärmutterabschnittes an der entsprechenden Stelle, am häufigsten vor dem Vorberg. Dabei kann auch das Kind eine entsprechende gefährliche Quetschung seiner Kopfhaut erleiden. Die erwähnte Durchreibung der mütterlichen Weichtheile führt aber bisweilen weiter zur Zerreißung oder zur Abtrennung des unteren Gebärmutterabschnittes mit nachfolgenden meist tödtlichen Ausgang.

Sobald die Hebamme die Quetschung als Ursache der mangelhaften Erweiterung des Muttermundes erkannt hat, muß sie den Geburtshelfer herbeirufen lassen, bis zu dessen Ankunft aber 1) bei seitlicher Schieflage der Gebärmutter durch Lagerung der Kreissenden auf diejenige Seite, auf welcher die Quetschung Statt findet, und durch Hineinleiten des über dem Beckeneingang befindlichen Kopfes mittelst der unter die betreffende Weiche geschobenen Hand, oder 2) beim

Hängebauch durch eine halbsitzende Lagerung auf dem Querbette mit Emporhebung des Muttergrundes in der §. 284 angegebenen Weise den gefährlichen Druck zu beseitigen suchen. Falls diese Anordnungen, während deren Ausführung der Kreissenden das Pressen und Drängen untersagt werden muß, nicht bald Hülfe schaffen sollten, hat die Hebamme die Ankunft des Geburtshelfers insbesondere dann zu beschleunigen, wenn ein blutiger Abgang die bereits eingetretene Durchreibung des Mutterhalses anzeigen würde.

§. 290.

d) Eine weit häufigere, aber minder bedenkliche Ursache der langsamen Erweiterung des Muttermundes und der dadurch bedingten Verzögerung der Geburt ist der Abfluß des Fruchtwassers vor hinlänglicher Vorbereitung des unteren Gebärmutterabschnittes, also vor der regelmäßigen Entwickelung, wie sie in den letzten Wochen der Schwangerschaft Statt finden soll. In diesem Falle findet man den Scheidentheil nicht gehörig verstrichen, als einen mehr oder weniger langen unnachgiebigen, festen Zapfen mit dem bisweilen Zoll langen Mutterhalskanal. Als Ursachen des vorzeitigen Wasserabflusses kennt man nicht allein Erschütterungen des Leibes, wie z. B. bei einem Druck, Stoß oder Fehltritt u. s. w., sondern auch die bereits §. 280 erwähnte Entzündung des unteren Gebärmutterabschnittes, welche eine Folge der Erkältung der Füße, der äußeren Geschlechtstheile u. s. w. zu sein pflegt. In dem letzteren Falle werden die Wehen in der Regel bald krampfhaft, und dann hat die Hebamme alles das zu thun, was §. 282 gelehrt worden ist, insbesondere aber durch öftere Scheideneinspritzungen mit warmem Wasser, sowie durch die Anwendung von 28° R. warmen Sitzbädern die Erschlaffung des Muttermundes zu befördern. — Sollte bei verzögerter Erweiterung des Muttermundes die angeschwollene vordere Lippe vor dem vorliegenden Kindestheil herabtreten, so hat man diesen zwischen den Schamlippen bisweilen sichtbar werdenden blaurothen Wulst mit zwei in die Scheide eingeführten Fingern vorsichtig zurückzuhalten, damit derselbe beim Austritt des Kindes nicht unter dem Schambogen gequetscht werde.

§. 291.

4) Geschwülste in der Wand der Gebärmutter, wie Fa-

sergeschwülste (Fibromyome), Krebsknoten u. dgl. sind nicht allein Ursache einer mangelhaften Wehenthätigkeit, wie bereits §. 276 erwähnt ist, sondern werden bisweilen auch unmittelbare Hindernisse des Herabrückens des Kindes, wenn sie am unteren Gebärmutterabschnitt oder an den Mutterlippen ihren Sitz haben, und daher nicht, wie die höher oben in der Gebärmutterwand befindlichen, beim Emporsteigen der schwangeren Gebärmutter über den Beckeneingang gehoben werden.

Wenn die Hebamme eine derartige Geschwulst am Muttermunde oder am unteren Abschnitt der Gebärmutter, vor oder neben dem vorliegenden Kindestheil entdeckt, hat sie sofort einen Arzt zu verlangen, weil Quetschungen derartiger Geschwülste nicht selten Blutungen in der Nachgeburtszeit, mit oder ohne Verhaltung des Mutterkuchens, und gefährliche Entzündungen herbeiführen.

§. 292.

5) Verengerungen des Scheidenkanals, welche die Geburt aufhalten können, betreffen entweder den unteren Abschnitt der Scheide, wie dieß bisweilen bei ältlichen, oder sehr fettreichen Erstgebärenden beobachtet wird, oder sie erscheinen als querüber, oder schräg herunterlaufende Narben, auch wohl als klappenähnliche häutige Falten, und sind dann meist die Folge vorausgegangener Geschwüre, z. B. nach früheren schweren Entbindungen und Erkrankungen im Wochenbett. In seltenen Fällen beruht die Verengerung des Scheideneinganges auf einem unvollkommen getrennten harten Jungfernhäutchen.

Die Verengerung ist, zumal da, wo sie in Folge von Narbenbildung entstand, bisweilen so bedeutend, daß sie kaum die Fingerspitze bis zum Muttermund und zu dem vorliegenden Kindestheil durchdringen läßt; ja in einzelnen Fällen hat man nach heftigen, in der Schwangerschaft überstandenen Entzündungen den Scheidenkanal auf eine längere Strecke verwachsen gefunden.

Wo die Hebamme die erwähnten Verengerungen der Scheide antrifft, soll sie zunächst durch den Gebrauch von warmen Sitzbädern oder schleimigen Einspritzungen die Erschlaffung der verengten Stellen befördern, und alles Pressen und Drängen verbieten; gibt das Hinderniß dabei jedoch nicht nach, oder treten andere üble Zufälle ein, so muß sie den Geburtshelfer herbeirufen lassen.

§. 293.

Die Beschränkung des Raumes im Scheidenkanal kann ferner theils durch Polypen, welche aus der Gebärmutter mittelst eines Stieles in die Scheide herabhängen, theils durch Geschwülste in den Scheidenwänden selbst oder daneben im Becken (welche man jedoch mit harten, im Mastdarm befindlichen Kothknollen nicht verwechseln darf), auch wohl durch hinter der Scheide und vor dem Mastdarm herabgesunkene Eierstocksgeschwülste oder mit Koth gefüllte Darmschlingen bedingt sein.

In diesen Fällen fühlt man eine bald weichere, bald härtere, rundliche, glatte oder unebene Masse in die Scheide hineinragen. Gelingt es nicht, dieselbe, wie z. B. bei Eierstocksgeschwülsten bisweilen, mit zwei dagegen gedrängten Fingern vorsichtig neben dem vorliegenden Kindestheil emporzuschieben, so hat die Hebamme ohne Zögern die Hülfe des Geburtshelfers zu verlangen.

§. 294.

Eine besondere Art der die Scheide beengenden Geschwülste bilden die in Folge von unvollkommener Berstung eines Blutaderknotens unter der Geburt entstehenden Blutgeschwülste, welche als schnell zunehmende, heiße, mehr oder weniger feste, blaurothe, rundliche Anschwellungen, meist in der einen oder andern Schamlippe auftreten. Berstet die sie bedeckende Haut, so treten gefährliche Blutungen hinzu.

Sobald die Hebamme bemerkt, daß eine solche Blutgeschwulst in der Scheide oder in einer Schamlefze sich bildet, hat sie sofort nach dem Arzt zu schicken. Bis zu dessen Ankunft muß sie die wachsende Geschwulst mit einem in kaltes Wasser und Essig getauchten Leinwandbäuschchen gegen die Beckenwand zusammendrücken, und so auch die etwa eingetretene Blutung aufhalten.

§. 295.

6) Ein Scheidenvorfall wird nur dann den Austritt des Kindskopfes verzögern, wenn derselbe durch Jahre langes Vorliegen, Benetzen mit Urin u. s. w. hart geworden ist. Alsdann bedeckt derselbe bisweilen gleich einer lederartigen Kappe den herabrückenden Kopf und hindert dessen Austritt. Eine Zerreißung dieses Scheidenvorfalls, der häufiger an der vorderen Wand der Scheide Statt zu finden pflegt, würde, da im letzteren Fall gewöhnlich ein

Theil der Harnblase mit der Scheide herabsinkt, zu einer Blasenscheidenfistel führen können.

Die Hebamme muß einen derartigen Scheidenvorfall durch Ueberschläge mit einer Abkochung von Leinsamen oder Eibischwurzel zu erweichen, und beim Durchtritt des Kindes vorsichtig emporzuschieben suchen, während sie gleichzeitig das Pressen und Drängen der Kreissenden untersagt. Bei dauernder Behinderung der Geburt muß ärztliche Hülfe verlangt werden.

§. 296.

7) Eine beträchtliche Anhäufung von Urin in der Harnblase (welche durch den Druck des Kopfes auf den unteren Theil der Blase oder auf die Harnröhre herbeigeführt zu werden pflegt) oder die Gegenwart eines Steines in derselben kann ebenso wie die Verhaltung verhärteten Kothes im Mastdarm den Durchgang des Kindes durch das Becken erschweren, und wegen der stattfindenden Quetschung der mütterlichen Theile gefährlich machen. Von der durch Ausdehnung der Harnblase bedingten Behinderung der Zusammenziehung der Gebärmutter, der Wehen, war §. 276 die Rede.

Den sich anhäufenden Harn entleere die Hebamme, falls das vorsichtige Zurückdrängen des herabrückenden Kindestheils den Abgang nicht gestattet, mit dem durch die Harnröhre möglichst schonend eingeführten Katheter. Einen Blasenstein suche sie, bevor der Kindestheil herabrückt, über die Schamfuge emporzuschieben, und den verhärteten Darmkoth mit Klystieren auszuspülen. Falls es aber nicht gelingt, diese Hindernisse in gedachter Weise bald und ohne Belästigung der Kreissenden zu beseitigen, muß sofort der Arzt herbeigerufen werden.

§. 297.

8) Die äußeren Schamtheile, zumal die großen und kleinen Schamlippen, können durch wässerige Anschwellungen oder durch Erguß von Blut in das Gewebe (§. 295) derselben eine solche Ausdehnung erleiden, daß sie den Austritt des Kopfes zu erschweren vermögen. In diesem Fall verbiete die Hebamme alles ungestüme Pressen und Drängen und lasse ungesäumt den Geburtshelfer herbeirufen. — Sollte aber eine solche Blutgeschwulst oder ein Blutaderknoten an der Schamlippe bersten, so hat die Hebamme so-

fort die blutende Wunde mit einem Finger zu schließen, und sodann mit einem in Essig oder Branntwein und Wasser getauchten Bäuschchen gegen die Beckenwand zu drücken, bis der Arzt hinzugekommen ist.

Ein ungewöhnlich breiter und unnachgiebiger Damm hindert ebenso wie eine allzu enge Schamspalte das Hervortreten des Kindes, insbesondere des Kindskopfes. Weicht dieses Hinderniß dem andringenden Kopfes nicht binnen einer halben Stunde, so muß die Hülfe des Arztes gesucht werden.

Drittes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit des Beckens.

§. 298.

Fehlerhaft ist das Becken beschaffen, wenn dasselbe zu eng oder zu weit ist; ein zu weites Becken erschwert aber die Geburt nicht, sondern begünstigt vielmehr eine übereilte Geburt (§. 349), von welcher später das Weitere; hier kann allein von dem zu engen Becken die Rede sein.

Zu eng ist das Becken entweder in allen seinen Räumen und Durchmessern (allgemein oder durchweg verengtes Becken), oder nur in einzelnen Ebenen und Durchmessern (theilweise oder ungleich verengtes Becken).

§. 299.

1) Das allgemein oder durchweg zu enge Becken, bei welchem sämmtliche Durchmesser des großen und des kleinen Beckens weniger, als in der Regel betragen, so daß der Beckenausgang ebenso wie der Beckeneingang und die Höhle minder geräumig sind, als bei dem wohlgebauten Weibe gewöhnlich, findet sich nicht allein bei sehr kleinen Personen, welche kindliche Verhältnisse z. B. der Hände und der Füße, wie des Rumpfes und der Glieder überhaupt zeigen, sondern auch bei Personen von mittlerer und beträchtlicher Größe, welche im Uebrigen wohlgebaut scheinen.

Die Erkenntniß dieses Beckenfehlers ist bei Erstgebärenden in der Regel schwierig, da dieser Fehler sich häufig erst bei den späteren

Geburten derselben Frau geltend macht, indem die nachfolgenden Kinder stärker zu werden pflegen (§. 305). Eine sorgfältige Beobachtung des Geburtsverlaufs kann, zumal mit Rücksicht auf den etwa verlangsamten Hergang der vorausgegangenen Geburten, einen solchen Beckenfehler vermuthen lassen, wenn die Zeichen einer anderen Form von Beckenenge fehlen. Zögert die Erweiterung des Muttermundes, rückt der Kopf nur sehr langsam, und in der Art in das Becken herein, daß das Hinterhaupt ungewöhnlich tief herabgedrängt erscheint, die kleine Fontanelle mehr als gewöhnlich tief in der Mittellinie steht, während die Pfeilnaht auch wohl auffallend quer verläuft, entsteht ferner eine sehr bedeutende Kopfgeschwulst, und schwellen endlich auch die äußeren Schamtheile der Mutter erheblich an, so hat die Hebamme Grund, eine allgemeine Beckenenge anzunehmen. Sie muß dann nicht säumen, einen Geburtshelfer herbeizurufen, während der Kreissenden alles Pressen und Drängen verboten wird. — Sollte aus dem ungewöhnlich zierlichen Körper- und Gliederbau, dem zu Folge die Frau einem unerwachsenen Mädchen gleicht, schon im Laufe der Schwangerschaft der begründete Verdacht einer allgemeinen Beckenenge zu schöpfen sein, so hat sie die Schwangere sobald als möglich an einen sachkundigen Arzt zu verweisen; denn in diesem Fall kann oft nur durch die *Einleitung der Frühgeburt* Mutter und Kind gerettet werden.

§. 300.

2) *Die theilweise oder ungleich verengten Becken* erscheinen zugleich *mißgestaltet*, indem bald der Eingang, bald der Ausgang, bald die eine, bald die andere Beckenhälfte verengt ist, während nicht selten die entgegengesetzten Gegenden des Beckenkanales weiter, als gewöhnlich sind.

Wir unterscheiden diese fehlerhaften Becken, je nachdem vorzugsweise der gerade Durchmesser verkürzt ist, in *geradverengte*, oder, wenn vorzüglich der quere, in *querverengte*, oder wenn vorzugsweise ein schräger, in *schrägverengte*, oder endlich in solche, deren Räumlichkeiten durch irgend einen krankhaften *Auswuchs an der Innenfläche der Beckenwände* beengt sind.

§. 301.

A) Das *gerade- oder längsverengte Becken* pflegt vorzugsweise im Eingang verengt zu sein, indem die hintere Beckenwand,

Fig. 15.

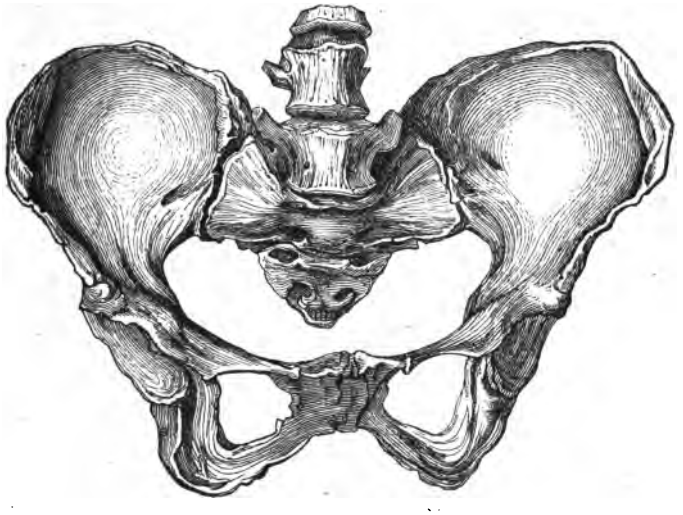
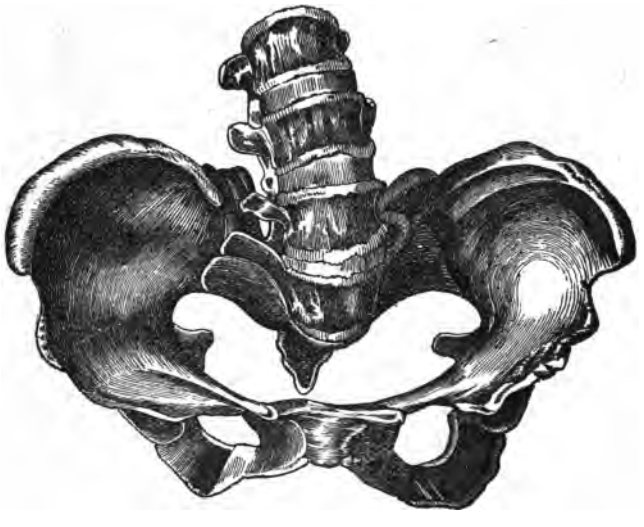


Fig. 16.



Figur 15. Ein geradverenges Becken in Folge von englischer Krankheit.
Figur 16. Ein in Folge der englischen Krankheit längsverengtes Becken.

insbeſondere der Vorberg näher an die Schamfuge gerückt iſt; der Vorberg ſteht zugleich nicht ſelten tiefer, als gewöhnlich. Häufig ſind dann auch die Lendenwirbel nach innen hervorgetrieben; weshalb der Rücken in dieſer Gegend eine merkliche Vertiefung wahrnehmen läßt. Die Querdurchmeſſer ſind bisweilen regelmäßig, oder ſogar, zumal im Beckenausgang erweitert (Figur 16), während in anderen Fällen auch wohl die eine oder andere Pfanne erheblich eingedrückt erſcheint, und hiedurch, wie in Folge der Verſchiebung des Vorbergs nach einer Seite, die eine Hälfte des Beckeneinganges erheblich enger iſt als die andere. (Figur 17 vergl. Figur 22).

Figur 17.

Dieſe Art der Beckenenge, deren die Geburt erſchwerende Wirkung, gerade bei älteren Frauen, nicht ſelten noch dadurch verſchlimmert wird, daß der Schamfugenknorpel nach innen mehr als gewöhnlich hervorſpringt, iſt am häufigſten die Folge von der in der Jugend überſtandenen engliſchen Krankheit (Rhachitis), welche auch

Figur 17. Ein rhachitiſches Becken mit eingedrückter linker Pfanne und nach links verſchobenem Vorberg.

unter dem Namen der abgesetzten Glieder, oder des Zweiwuchses bekannt ist, und meist die Ursache war, daß die davon befallenen Kinder spät gehen lernten.

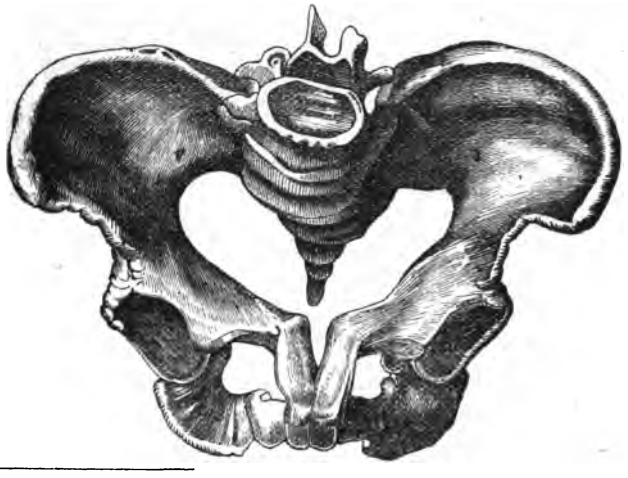
Eine von den beschriebenen verschiedene sehr beträchtliche Verkürzung des geraden oder Längsdurchmessers im Beckeneingang findet sich ferner bisweilen dadurch bedingt, daß die unteren Lendenwirbel über das Kreuzbein nach vorn hereingesunken sind, und so den Beckeneingang überdecken (enge Becken in Folge von Wirbelschiebung). Fig. 18.

Figur 18.

§. 302.

B) Das querverengte Becken ist vorzugsweise in den Querdurchmessern beschränkt, und zwar in der Regel am auffallendsten im Beckenausgang. Da-

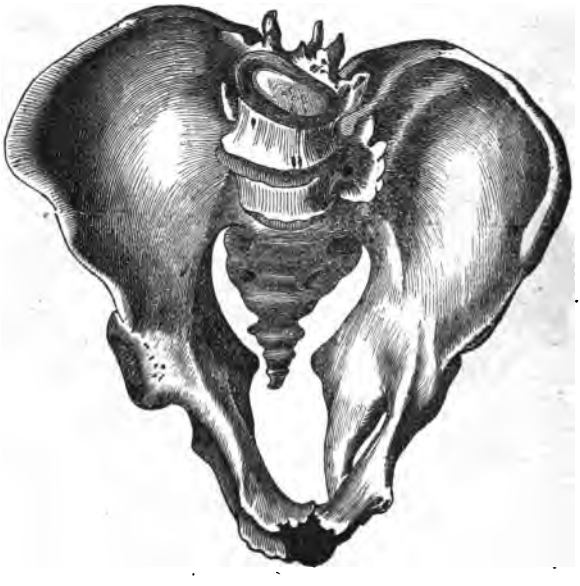
Fig. 19.



Figur 18. Durchschnitt eines durch Wirbelschiebung verengten Beckens.
Figur 19. Ein durch Knochenerweichung der Erwachsenen querverengtes Becken.

bei ſind entweder die beiden Pfannen gegen einander und gegen den herabgeſunkenen Vorberg gedrängt, während die Schamfuge ſchnabelförmig hervorgetrieben erſcheint, und der Schambogen in einen Winkel verwandelt iſt, indeß die Sitzknorren einander genähert ſind (Figur 19). Dieſer Beckenfehler, welcher bei Frauen beobachtet wird, die früher leicht geboren haben, und dann von der Knochenerweichung der Erwachſenen befallen ſind, entſteht durch den Druck der Rumpflaſt von oben und den Gegendruck von den Oberſchenkelköpfen in den Pfannen zu einer Zeit, in welcher der gewöhnlich harte Beckenknochenring erweicht iſt. Die erwähnte Krankheit, auch die reißende Gicht genannt, welche faſt ausſchließlich in beſtimmten Landſtrichen beobachtet wird, ergreift vorzugsweiſe ſolche Frauen, die in kurzer Zeit viele Kinder geboren und geſäugt haben, und verurſacht nach heftigen Rücken- und Gliederſchmerzen einen watſchelnden Gang, und ſpäter Unfähigkeit zum Gehen. Eine Beckenverengung aus dieſer Urſache kann von Geburt zu Geburt zunehmen.

Figur 20.



Figur 20. Ein durch Verſchmelzung des Kreuzbeins mit den beiden Seitenbeinen querverengtes Becken.

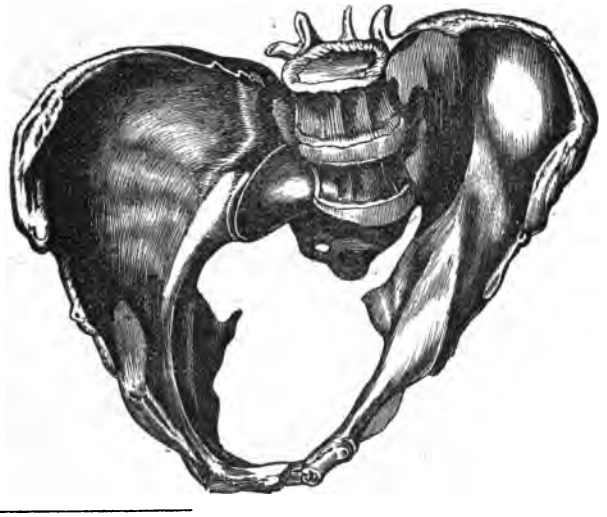
Eine zweite Art von vorzugsweise im Beckenausgang quer verengtem Becken ist mit einer Ausweichung der untersten Lenden- und obersten Kreuzbeinwirbel nach hinten, also mit einem Höcker am unteren Theile der Wirbelsäule verbunden. Sie ist die Folge einer in der Kindheit überstandenen schweren, gewöhnlich mit Eiterung verbundenen Krankheit eines oder mehrerer der betheiligten Wirbelkörper. — Verkrümmungen des höher gelegenen Theils der Wirbelsäule sind mit Beckenenge keineswegs immer verbunden.

Endlich gibt es seltene querverengte Becken, bei welchen die Verkürzung der Querdurchmesser auf mangelnder Breite des Kreuzbeins und Streckung der Bogenlinie der Seitenbeine beruht. (Figur 20). Hier findet sich als Ursache eine in der Kindheit entstandene vollständige knöcherne Verschmelzung der beiden Hüftkreuzbeingelenke in Folge einer Entzündung, welche zugleich das spätere Wachsthum des Seitentheils des Kreuzbeins wie der betroffenen Theile der beiden Hüftbeine beeinflußt.

§. 303.

C. Das schräg verengte Becken erscheint in der Art verunstaltet, daß der rechte oder linke schräge Durchmesser des Becken-

Figur 21.

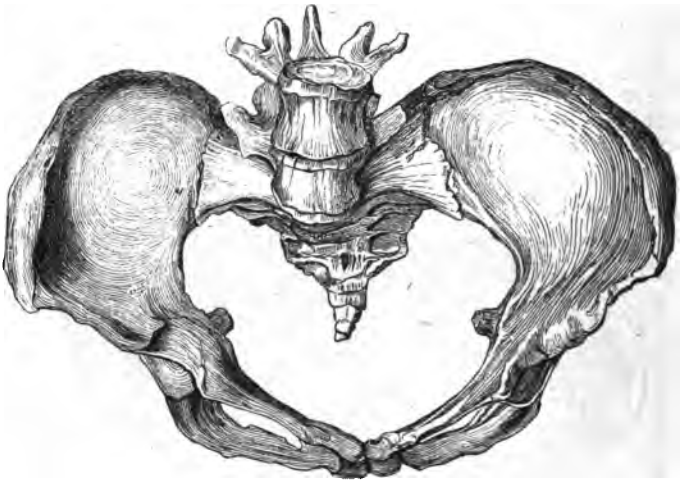


Figur 21. Ein schräg verengtes Becken mit knöcherner Verschmelzung des linken Hüftkreuzbeingelenks.

eingangs beträchtlich kürzer iſt, als der entgegengeſetzte. Bei faſt allen erheblichen Graden von Verengung dieſer Art zeigt ſich die eine Hälfte des Kreuzbeins verkümmert und mit dem anliegenden Darmbein innig verſchmolzen, zu Folge einer vor Jahren während des Wachsthums überſtandenen Entzündung des einen Hüftkreuzbeingelenkes, welche in manchen Fällen durch langwierige Eiterungen in der Kreuzgegend ſich kund gegeben hat.

In vielen anderen Fällen von meiſt nicht ſo beträchtlicher Verkürzung des einen ſchrägen Durchmeſſers beruht der Fehler auf einer ſeitlichen Verkrümmung der Lendenwirbel und Verſchiebung des Vorbergs nach der entſprechenden Seite, welche Verunſtaltung auch bei manchen rhachitiſchen Becken (§. 311) angetroffen wird, wie Figur 17 und 22 zeigen.

Figur 22.



§. 304.

D. Diejenigen Verengerungen des Beckenkanals, welche durch Knochenauswüchſe, und ſchlecht geheilte Knochenbrüche,

Figur 22. Ein ſchräg verengtes durch die engliſche Krankheit verunſtaltetes Becken in Folge von Verſchiebung des Vorbergs nach rechts.

oder durch Verrenkung der Verbindungen, z. B. des Kreuzbeins mit dem Steißbein bedingt sind, und oft in Folge von einem Fall auf den Hintern, oder auch nach einer schweren Entbindung mit nachfolgenden längeren Leiden am Becken sich entwickeln, erscheinen sehr mannigfaltig, je nach der Größe und dem Sitz, sowie nach der weicheren oder härteren Beschaffenheit der Wucherung. Als Beispiel diene Figur 23.

Figur 23.

Figur 23. Ein durch Knochenkrebs verengtes Becken.

§. 305.

Die Erkenntniß der theilweisen oder ungleichmäßigen Beckenenge erlangt man 1) durch die bei jeder Schwangeren und Gebärenden zu haltende Nachfrage nach früher, vielleicht in der Kindheit überstandenen Krankheiten. Sollte die Hebamme z. B. erfahren, daß die Schwangere in der Kindheit an der englischen Krankheit gelitten, und deßhalb erst spät das Gehen erlernt oder daß sie, nachdem sie bereits gehen konnte, dasselbe für längere Zeit wieder verlernt habe, oder daß sie langwierige Eiterungen am Becken, namentlich in der Kreuzgegend überstanden habe, oder daß dieselbe, vielleicht nachdem sie schon mehrere Kinder geboren, von der sog. reißenden Gicht während längerer Zeit zum Liegen gezwungen sei, oder endlich nach einem Falle auf das Kreuz ein langwieriges Leiden im Becken durchgemacht habe, so würde der Verdacht eines theilweise zu engen Beckens eine gewichtige Stütze finden. — Bei einer Mehrgebärenden ist ferner nach dem Verlauf der früheren Geburten zu fragen; dabei darf freilich nicht übersehen werden, daß viel häufiger als ein enges Becken zumal bei Erstgebärenden fehlerhafte Wehen, oder Unnachgiebigkeit der weichen Geburtswege die Ausstoßung der Frucht verzögern, während andererseits die früheren Geburten auch bei Beckenenge in Folge einer besonders günstigen Einstellung oder wegen Kleinheit des Kindes ohne auffallende Behinderung verlaufen sein können.

2) Die sorgfältige Beobachtung und Untersuchung der Gestalt einer Schwangeren kann den Verdacht eines theilweise zu engen Beckens begründen, indem Abweichungen, wie eine beträchtliche Einziehung der Kreuzgegend, eine erhebliche Verkrümmung der Wirbelsäule, ein ungleich hoher Stand beider Hüften, eine merkliche Verbiegung der Gliedmaaßen, ein watschelnder Gang oder ein sog. Hinken bei theilweisen Beckenverengerungen häufig wahrgenommen werden.

3) Der die Erkenntniß der Beckenenge ferner vermittelnde Einfluß, welchen eine theilweise oder ungleichmäßige Beckenenge auf den Geburtsverlauf übt, und welcher ebensowohl nach der beschriebenen sehr verschiedenen Gestalt des Beckenkanales und dem Grade der Raumbeschränkung, als auch nach der Beschaffenheit der Wehen und nach der Art der Einstellung des Kindes verschieden ist, hängt jedoch ganz besonders auch von der Größe und Nachgiebigkeit der Frucht ab. In der letztgenannten Hinsicht ist zu bemer-

ken, daß bei verschiedenen Geburten derselben Frauen die Früchte häufig eine erhebliche Verschiedenheit der Entwickelung zeigen. Denn ganz abgesehen von dem wichtigen Umstand, ob die Frucht bei der Geburt ausgetragen oder nicht ausgetragen ist, ergibt die Erfahrung, daß die Früchte älterer Frauen größer sind, als die von jüngeren geborenen, daß Knaben in der Regel größere und härtere Köpfe haben als Mädchen, ferner daß die später erzeugten Früchte größer zu werden pflegen als die früher von derselben Frau geborenen; daher bieten Knaben und nachgeborene Kinder durchschnittlich mehr Schwierigkeiten der Geburt bei engen Becken als Mädchen. — In Betreff des Grades der Raumbeschränkung unterscheidet man mäßige und hohe Grade von Beckenenge. Bei mäßiger theilweiser Beckenenge beobachtet man oft eine durch die fehlerhafte Beschaffenheit des Beckenkanals bedingte ungewöhnliche Einstellung des Kopfes z. B. so, daß die Pfeilnaht anhaltend im Querdurchmesser, gewöhnlich der hinteren Beckenwand auffallend nahe verweilt, während das vornliegende Scheitelbein nach andauernden Wehen auffallend herabgedrängt erscheint, bis endlich die eingedrückte hintere Schädelwand vor dem vorspringenden Vorberg herabgepreßt wird. In anderen Fällen geradverengter Becken verläuft die Pfeilnaht ungewöhnlich nahe der vorderen Beckenwand, oder der Kopf befindet sich zum größeren Theil in der einen Beckenhälfte, während die andere anscheinend leer steht. In vielen Fällen gelangt zwar der Kopf in die Beckenhöhle, allein er bleibt dort trotz guter Wehen fest stehen; es gesellt sich eine allmälig zunehmende Anschwellung der noch fühlbaren Mutterlippe hinzu, und die Kopfgeschwulst wird bei lebender Frucht eine sehr beträchtliche.

Bei den höheren Graden von Beckenenge bleibt der Kopf über dem Beckeneingange, rückt trotz guter Wehen nicht in die Höhle herab; dabei stellen sich Anschwellung der Mutterlippen und Schmerzen an der dem Druck ausgesetzten Stelle und endlich Blutabgang, die Zeichen der Durchreibung der Gebärmutter (§. 367), ein.

4) Die vollständige Erkenntniß eines Beckenfehlers erlangt man jedoch erst durch die Beckenmessung. Diese kann von einer Hebamme nur in beschränkter Weise ausgeführt werden, entweder so, daß sie das Verhältniß des vorderen Querdurchmessers des großen Beckens zwischen den beiden vorderen Hüftspitzen zu dem hinteren Querdurchmesser (§. 18) mit den beiden auf die Hüftbeinkämme aufgelegten Händen abzuschätzen sucht, oder so, daß sie mit den in die Scheide

eingeführten Zeige- und Mittelfingern der einen Hand die Entfernung des Vorbergs oder einer krankhaften Hervorragung im Beckenkanal von dem unteren Rand der Schamfuge mißt, oder durch Hineinschieben mehrerer Finger neben einander die ungewöhnliche Annäherung der Sitzknorren und der absteigenden Schambeinäste an einander beurtheilt, auch wohl durch aufmerksames Befühlen den ungewöhnlich geraden oder umgekehrt gebogenen Verlauf der letzteren ermittelt. Findet man den vorderen Querdurchmesser des großen Beckens nicht erheblich kürzer als den hinteren, vielleicht sogar ebensogroß oder größer, oder erreicht man den Vorberg, oder eine andere im Becken festsitzende Hervorragung mit den in die Scheide eingeführten Zeige- und Mittelfingern oder findet man eine beträchtliche Enge des Beckenausganges, so ist an einem wichtigen Beckenfehler nicht mehr zu zweifeln. — Der Arzt besitzt in einem zweckmäßigen Beckenmesser ein Instrument, mit welchem er die sämmtlichen hier in Betracht kommenden Verhälnisse genauer zu bestimmen vermag, und ist daher bei Verdacht einer Beckenenge womöglich schon vor dem Ende der Schwangerschaft zu Rathe zu ziehen.

§. 306.

Die Gefahren, welche ein enges Becken der Gebärenden droht, bestehen nicht blos in der Verzögerung des Geburtsverlaufes, sondern auch und ganz vorzüglich in der Quetschung, welcher die mütterlichen Weichtheile beim Durchgang der Frucht durch ein enges Becken ausgesetzt sind. In Folge dieser Quetschung kommt es zu Zerreißungen, Blutflüssen oder nachfolgenden Entzündungen, Brand und baldigem Tod, oder es hinterbleiben, wenn die Lebensgefahr glücklich überwunden ist, dann und wann Blasenscheidenfisteln d. h. Löcher zwischen Harnblase und Scheide, durch welche der Urin fortdauernd abfließt (§. 400), oder eine für spätere Geburten gefahrdrohende Anlage zu fehlerhafter Gestaltung der Gebärmutter, sowie zum Hängebauch, und damit zu fehlerhafter Lage, Haltung und Stellung der Frucht, sowie zum Vorfall der Nabelschnur. Das Kind kann, abgesehen von den üblen Folgen der hier ungleich häufigeren fehlerhaften Lage, Haltung und Stellung, ebenfalls gefährliche Quetschungen der Kopfbedeckungen, und bei langsamerem Verlaufe der Geburt beträchtliche Eindrücke, bei jäher Wehenthätigkeit Brüche und Zertrümmer-

ung der Schädelknochen erleiden, welchen letzteren wenn nicht augenblicklich, doch bald der Tod nachfolgt, während die allmälig entstandenen Eindrücke allerdings bisweilen in wenig Tagen sich wieder ausgleichen.

Daß alle diese Gefahren sowohl nach dem Grade und der Art der Raumbeschränkung, also der fehlerhaften Gestalt des Beckenkanales, als auch nach der Größe und Ausbildung der Frucht und deren Lage und Einstellung sich verschieden gestalten, ist unleugbar. So kann es z. B. bei dem theilweise und ungleichmäßig verengten Becken mittleren Grades geschehen, daß die eine Geburt unerwartet glücklich und sogar rasch verläuft, während die früheren und späteren Geburten derselben Frau große Schwierigkeiten und Gefahren darbieten. — Hinsichtlich der höchsten Grade von Beckenenge, deren Erkenntniß auch für die Hebamme bei einiger Aufmerksamkeit und Uebung im Untersuchen nicht schwierig ist, mag endlich noch erwähnt werden, daß dieselben in der Regel keine andere Entbindung von einer ausgetragenen Frucht gestatten, als mittelst des für die Mutter immer lebensgefährlichen Kaiserschnittes.

§. 307.

Wegen dieser mannigfaltigen Gefahren, welche sich, falls der Arzt bereits um die Mitte der Schwangerschaft um Rath gefragt wird, beträchtlich vermindern lassen, indem alsdann unter Umständen die Frühgeburt künstlich eingeleitet werden kann, durch welche dem drohenden Mißverhältniß zwischen Kind und Becken vorgebeugt wird, hat die Hebamme die Pflicht, bei allen Frauen, welche sie in der Schwangerschaft zu untersuchen veranlaßt wird, auf die Beschaffenheit des Beckens zu achten; ganz vorzüglich aber dann, wenn sie erfährt, daß die Schwangere an Krankheiten gelitten, welche eine Mißgestaltung und Verengung des Beckens herbeiführen können (§. 305, 1), oder daß sie früher wegen engen Beckens schwere Entbindungen überstanden habe. — Sobald sie aber mit Grund vermuthen muß, daß ein derartiger Fehler, wenn auch nur im geringeren Grade bei einer Schwangeren oder Gebärenden vorliegt, so hat sie ungesäumt die Herbeirufung eines Arztes zu veranlassen, und bis dieser der Kreissenden zu Hülfe kommt, sich aller wehentreibenden Mittel zu enthalten, die Fruchtblase, falls sie noch steht, zu schonen, durch eine entsprechende Lagerung der Kreissenden Erleichterung zu

verschaffen und alles Pressen und Drängen ebenso wie unruhiges Hin- und Herwenden streng zu untersagen.

Viertes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Größe und Gestalt des Kindes.

§. 308.

Ein über das gewöhnliche Maaß hinausgehendes Wachsthum der Frucht im Mutterleibe, so, daß das Kind schwerer und größer, als gewöhnlich, zur Welt kommt, wird bei hinlänglich weitem Becken nicht immer ein Geburtshinderniß, namentlich dann nicht, wenn die Kopfknochen sich gehörig über einander schieben lassen. Trifft dagegen eine mehr, als gewöhnliche Größe des Kindes mit einer, wenn auch nur geringen Beckenenge zusammen, so wird die Geburt beträchtlich erschwert; doppelt schwer, wenn zugleich die Kopfknochen ungewöhnlich fest verknöchert und daher unfähig sind, während des Durchgangs durch die Geburtswege zusammengeschoben zu werden.

Die aus einer fehlerhaften Größe des Kindes hervorgehende Behinderung des Geburtsverlaufs zeigt sich nur selten darin, daß der vorliegende Kindestheil über dem Beckeneingang stehen bleibt, weit häufiger besteht sie darin, daß derselbe ungewöhnlich langsam in das Becken hereinrückt, und endlich hier eingekeilt, trotz kräftiger Wehen nicht von der Stelle weicht. In der Austreibungsperiode stellen sich dann alle die üblen Folgen der Quetschung mütterlicher Theile ein, welche bereits §. 306 bei Betrachtung der durch ein enges Becken gegebenen in der Wirkung entsprechenden Geburtshindernisse angegeben sind, wie Zerreißung der Gebärmutter, Blutung, Entzündung u. s. w.

§. 309.

1) Die übermäßige Größe des ganzen Kindes wird theils aus der ungewöhnlichen Ausdehnung des Leibes nach Abfluß des Fruchtwassers (mehr als 96 Cm. Umfang) bei Abwesenheit der für eine Zwillingsschwangerschaft (§. 88), Eiwassersucht (§. 335) oder für einen Wasserkopf der Frucht (§. 311) sprechenden Zeichen geschlossen, theils aus der ungewöhnlichen Größe des vorliegenden Kindestheils (bei Schädellagen insbesondere aus der fühlbaren größeren

Entfernung der Fontanellen von einander), theils aus den Folgen der bei guten Wehen trotz hinlänglich weitem Becken nicht ausbleibenden Quetschung des unteren Gebärmutterabschnittes (Anschwellung der Geburtswege, Schmerz an der betreffenden Stelle und endlich Blutabgang) erkannt. Leichter ist die Erkenntniß dann, wenn ein Arm oder Fuß mit der untersuchenden Hand erreicht werden kann; in welchem Falle man sich jedoch nicht durch die bei länger dauerndem Druck allmälig zunehmende Geschwulst dieser Theile täuschen lassen darf.

§. 310.

Die ungewöhnliche Härte und Unfähigkeit der Kopfknochen, während der Geburt über einander geschoben zu werden, erkennt man theils aus dem Widerstand, welchen die Ränder der Kopfknochen dem angedrückten Finger entgegensetzen, theils daraus, daß der von guten Wehen in das Becken hineingedrängte Kindskopf eine Uebereinanderschiebung der Kopfknochen in den engen, daher schwer erkennbaren Nähten und Fontanellen nicht wahrnehmen läßt, und deßhalb auch mit einer Kopfgeschwulst sich nicht, oder doch auffallend langsam bedeckt. Die mit den Fingern zu erreichende Fontanelle erscheint dabei zugleich ungewöhnlich klein und unnachgiebig.

§. 311.

2) Eine fehlerhafte Gestalt der Frucht erschwert nur dann den Geburtsverlauf, wenn einzelne Theile ungewöhnlich stark ausgebildet oder mehrfach vorhanden sind.

a) Unverhältnißmäßige Vergrößerungen des Kindskopfes finden sich selten in Folge eines sogen. Hirnbruchs, weit häufiger bei Anhäufungen von Wasser in der Schädelhöhle, bei dem sog. Wasserkopf. Falls dieser nicht entweder vor oder während der Geburt berstet, und dadurch verkleinert wird, oder durch ein vor längerer Zeit eingetretenes Absterben der Frucht ungewöhnlich weich nnd nachgiebig geworden ist (in welchen Fällen ein Geburtshinderniß gewöhnlich nicht stattfindet), bleibt der vorangehende, wie der nachfolgende Kopf über dem Beckeneingang stehen, und verursacht eine mehr oder weniger gefährliche, weil Zerreißung drohende, Quetschung der mütterlichen Weichtheile im Geburtskanale.

Während der geborstene oder schlaffe Wasserkopf zu Folge der Einfaltung der Kopfhaut zwischen die Ränder der Schädelknochen

bei ungenauer Untersuchung zu Verwechselungen mit dem vorliegenden Steiß Anlaß geben kann, erkennt man den prall gefüllten Wasserkopf nach Abfluß des Fruchtwassers, theils aus der ungewöhnlichen Ausdehnung des Unterbauchs der Kreissenden über den Schambeinen, theils, wenn der Kopf vorliegt, aus der, trotz des erfolgten Blasensprungs fortbestehenden, der Fruchtblase ähnlichen, elastischen Beschaffenheit des vorliegenden Theils im Beckeneingang, an welchem neben den auffallend weiten Nähten und Fontanellen nur einzelne harte Stellen (die bisweilen unvollkommen gebildeten Schädelknochen) gefühlt werden. — Wenn der Kopf nachfolgt, also nach geborenem Rumpf, bedarf es zur Erkenntniß dieses Geburtshinderniſses in der Regel der Einführung der halben Hand, um das hier bestehende Mißverhältniß zwischen Gesicht und Schädelgewölbe sicher nachzuweisen. Vermuthen kann die Hebamme diesen Fehler jedoch auch dann, wenn sie bei einer Beckenlage, bei welcher der Kopf den gewöhnlichen Handgriffen nicht folgte, eine fehlerhafte Bildung der geborenen Füße, namentlich einen Klumpfuß wahrnimmt, und zugleich der Mutterkörper über der Schamfuge, trotzdem es sich nicht um eine Zwillingsgeburt handelt, stark ausgedehnt bleibt.

§. 312.

b) Die übermäßige Ausdehnung des Bauches der Frucht, kann theils durch Wasseransammlung oder Ansammlung von Urin in der Harnblase der Frucht, theils durch eine ungewöhnliche Vergrößerung einzelner Eingeweide z. B. der Nieren, Leber u. s. w. bedingt sein. Diese Mißgestaltung der Frucht wird ebenso wohl bei vorausgehenden Füssen, als auch nach geborenem Kopfe und Schultern ein Hinderniß der vollständigen Austreibung der Frucht. Man erkennt dies Hinderniß nur durch unmittelbare Betastung der über dem Beckeneingang verweilenden Masse, indem man zwei Finger oder die halbe Hand neben den bereits geborenen Theilen in der Scheide emporschiebt.

§. 313.

c) Anderweite Geschwülste am Steiße, oder Rücken oder am Halse des Kindes erschweren seltener den Geburtsverlauf; sie werden, wenn eine Verzögerung nach theilweise geborenem Kinde eintritt, ebenfalls nur durch die Wahrnehmung mit den eingeführten Fingern erkannt.

§. 314.

d) Ueberzählige Glieder, zwei Köpfe auf einem Rumpfe, zwei Rümpfe unter einem Kopf, oder endlich an dem Rücken oder an der Brust vereinigte Früchte geben keineswegs immer, wie man annehmen möchte, ein Geburtshinderniß ab, indem dergleichen Mißbildungen in der Regel vorzeitig geboren werden, oder auch einige Zeit vor der Geburt absterben, und nicht selten in auffallend glücklicher Weise, z. B. ein Kopf nach dem anderen durch das Becken hindurch gehen. In anderen Fällen findet die Entbindung jedoch die größten Schwierigkeiten. Die Erkenntniß dieser Mißbildungen während der Geburt wird auch nur durch tieferes Eingehen mit zwei Fingern oder mit der halben Hand möglich, bleibt aber stets eine schwierige Aufgabe.

§. 315.

Sobald die Hebamme Grund hat, das eine oder andere der genannten Geburtshindernisse anzunehmen, muß sie ungesäumt den Geburtshelfer herbei holen lassen, und bis zu dessen Ankunft, zumal bei den fehlerhaften Gestaltungen der Frucht, alles ungestüme Pressen und Drängen verbieten, da erfahrungsgemäß zumal beim Wasserkopf nicht selten in Folge ungestümen Pressens Zerreißung der Gebärmutter erfolgt. Ebenso hat sie sich des gewaltsamen Anziehens der etwa herabgetriebenen Theile zu enthalten, indem dadurch nicht blos die Herausbeförderung der nachfolgenden Theile sehr erschwert werden kann, sondern auch, zumal bei wassersüchtigen, abgestorbenen Früchten leicht eine Abtrennung der angezogenen Theile bewirkt wird.

Eine fehlerhafte Gestalt der Frucht, eine Mißbildung oder Mißgeburt, deren Entstehung gewöhnlich auf eine Erkrankung in den frühesten Zeiten des Fruchtlebens zurückgeführt werden muß, hat für die Mutter in der Regel etwas so Erschreckendes, daß die Hebamme derselben weder ihre Vermuthung hinsichtlich eines solchen Fehlers während der Geburt mittheilen, noch die Frucht, wenn sie geboren ist, zeigen darf.

Fünftes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Lage des Kindes.

§. 316.

Fehlerhaft heißt die Lage des Kindes, wenn der Längendurchmesser desselben d. h. die gerade Linie vom Scheitel bis zum Steiß mit dem Längendurchmesser der Gebärmutter nicht, wie bei einer gesundheitgemäßen Lage zusammenfällt (§. 118), sondern mehr oder weniger sich kreuzt. Wenn die Abweichung beider Durchmesser von einander in geringerem Grade stattfindet, nennt man die fehlerhafte Lage eine Schieflage, wo dagegen die beiden Durchmesser nahezu im rechten Winkel sich kreuzen, spricht man von einer Querlage.

Im Geburtsverlaufe pflegt alsdann die eine Schulter, (Schulterlage) oder ein Ellbogen, oder eine Hand über dem Muttermund sich zu zeigen; weiterhin kommt gewöhnlich der Arm aus dem Muttermund, und sogar aus dem Scheideneingang hervor. Weit seltener findet man die eine Hüfte über dem Muttermund (Hüftlage).

§. 317.

Während in dem zuletzt genannten Falle, bei einer Hüftlage, durch die regelmäßige Zusammenziehung und dadurch bewirkte bessere Gestaltung der Gebärmutterhöhle leicht eine Beckenendelage zu Stande kommt, wird bei der sogen. Schulterlage im weiteren Geburtsverlaufe gewöhnlich der Kopf der Frucht in der einen Seite des großen Beckens, auf die Darmbeinschuppe herabgedrängt, über der anderen das Beckenende. Bei kräftigem Pressen und Drängen der Kreissenden entsteht alsdann an derjenigen Stelle, über welcher der Kopf der Frucht liegt, eine gefährliche Quetschung des unteren Gebärmutterabschnittes gegen den Beckeneingang, welche zumal da, wo der Knochenrand von Muskeln nicht bedeckt entgegensteht, zu Durchreibung und Zerreißung des Mutterhalses oder des Scheidengewölbes (§. 367) führen kann.

Unter den gewöhnlichen Verhältnissen ist bei der Schulterlage die Geburt des Kindes für die Wehen unvollendbar. Nur ausnahmsweise geschieht es entweder, daß ganz zu Anfang der Geburt durch Herstellung der regelmäßigen Eiform der Gebärmutterhöhle beim Eintritt der Wehen die fehlerhafte Kindeslage verbessert,

d. h. in eine Kopf- oder Beckenendelage umgewandelt wird (Selbstwendung), oder, jedoch noch seltener, und nur bei ungewöhnlich weitem Becken, oder sehr kleinem Kinde (z. B. einem nachgeborenen Zwilling) oder wenn dasselbe seit längerer Zeit abgestorben und daher auffallend fügsam ist, daß in Folge höchst stürmischer Wehen eine sogenannte Selbstentwicklung zu Stande kömmt. Hier wird, jedoch nicht ohne Gefahr der Quetschung und Zerreißung für die mütterlichen Theile, die vorliegende Schulter und Brust bis unter den Schambogen; und daneben der Oberleib, dann der Bauch und der Steiß des in einem Winkel zusammengebogenen kindlichen Rumpfs vor der einen Hüftkreuzbeinfuge und in der Kreuzbeinaushöhlung herab- und über den Damm hervorgepreßt. Ihnen folgt die andere Schulter und der rückständige Kopf der kleinen Frucht, oft ganz überraschend schnell, nach. In anderen seltenen Fällen geschieht es auch wohl, daß der vorgefallene Arm und die Schulter voran, der Kopf mit der Brust zusammengepreßt und dann der übrige Körper ausgetrieben wird.

Auf diese zuletzt erwähnten Ausgänge ist jedoch um so weniger zu rechnen, je häufiger eine fehlerhafte Wehenthätigkeit, insbesondere diejenige Form der Krampfwehen, welche unter dem Namen der Strictur (§. 278) beschrieben ist, die fehlerhaften Kindeslagen begleitet und das Herabrücken der Frucht verzögert.

§. 318.

Wie bei den Kopf- und Beckenendelagen unterscheidet man auch bei den Schieflagen, insbesondere bei den Schulterlagen zwei Arten, und zwar nach der Häufigkeit des Vorkommens eine erste Art, wenn der Kopf des Kindes nach links gerichtet hinter der linken Weiche, der Steiß in der rechten Bauchseite der Mutter gefühlt wird, und eine zweite, bei welcher der nach rechts gerichtete Kopf hinter der rechten Weiche, der Steiß in der linken Bauchseite der Mutter wahrgenommen wird. Je nachdem dabei die Rückenfläche der Frucht nach vorn liegt, nimmt man bei jeder dieser beiden Arten eine erste Unterart, oder wenn der Rücken nach hinten gerichtet ist, die Gliedmassen der Frucht somit vorn hinter den Bauchdecken gefühlt werden, eine zweite Unterart an.

§. 319.

Die Anlage zu fehlerhaften Kindeslagen findet sich, da dieselben auf einer fehlerhaften Gestaltung der Gebärmutterhöhle beruhen (Schiefheit §. 286), und diese, wenn nicht angeboren, aus Erschlaffung und unregelmäßiger Zusammenziehung der Gebärmutterwände hervorgeht, häufiger bei Mehrgebärenden, zumal solchen, welche bereits eine größere Anzahl, insbesondere schwerer, Entbindungen überstanden haben; deshalb kommen sie nicht selten bei Mehrgebärenden mit engen Becken vor. Wegen der Erschlaffung der Gebärmutterwände beobachtet man sie auch häufig beim zweiten Zwilling. Außerdem kommen die fehlerhaften Lagen auch da vor, wo in Folge von zu vielem Fruchtwasser die Gebärmutter nicht die regelmäßige von vorn nach hinten platte Eiform, sondern eine kugelähnliche Gestalt behalten (§. 59) hat; ferner angeblich in Folge von heftigen Körpererschütterungen, zu frühem Wasserabfluß, Umschlingung und Kürze der Nabelschnur.

§. 320.

Die Kennzeichen der fehlerhaften Kindeslagen, welche die Hebamme sich recht genau einprägen muß, um diesen Fehler nie zu übersehen, vielmehr möglichst frühzeitig zu entdecken, sind folgende:

1) Der Leib der Kreissenden erscheint unregelmäßig, und vorzüglich in die Breite ausgedehnt, so daß man bei einer Untersuchung des Leibes mit beiden Händen das regelmäßige Hervortreten des Muttergrundes zwischen Nabel und Herzgrube und die regelmäßige Eiform der Gebärmutter nicht nachzuweisen vermag. In der Regel entdeckt man, bei hinlänglicher Uebung in der äußeren Untersuchung auch schon vor dem Wasserabfluß, sowohl in der einen, als auch oberhalb der entgegengesetzten Weiche je eine Hervorragung der Bauchdecken, von denen die erstere meist den Kopf, die andere etwas höher gelegene das Beckenende, den Steiß und die Füße einschließt, und nicht selten fühlt man zwischen beiden Hervorragungen in der Gegend, in welcher der Hals liegt, eine Furche schräg über die Mitte des Leibes herablaufend.

2) Die Bewegungen der Frucht zeigen sich in beiden Seiten der Gebärmutter, so daß die Schwangeren wohl aussa-

gen, es sei ihnen, als ob das Kind zu den Seiten hinausdränge. Dergleichen ungewöhnliche und nicht selten stürmische Kindesbewegungen belästigen die Frauen vorzüglich zur Nachtzeit, und sind bisweilen mit erheblichen Schmerzen verbunden. Andere, zumal Mehrgebärende geben an, daß sie den gewöhnlichen im Muttergrund liegenden Kindestheil vermissen, und daß nur bisweilen ein kleiner Theil hier vorüberfahre.

§. 321.

3) Die innere Untersuchung läßt in der Regel zu Anfang der Geburt keinen vorliegenden Kindestheil oder doch statt des runden harten Kindskopfes oder des Steißes nur kleinere Theile, ausnahmsweise auch wohl bereits deutlich die Schulter, den Ellbogen oder die Hand erkennen.

Nach der meist langsam erfolgenden Erweiterung des hier gewöhnlich hochstehenden, anfangs in die Quere gezogenen Muttermundes, und nach Abfluß des Fruchtwassers, welcher hier oft vorzeitig erfolgt, findet man entweder gar keinen vorliegenden Theil im Muttermund, oder, falls es gelingt, den vorliegenden Theil zu erreichen,

a) bei herabrückender Schulter einen kleinen rundlichen Theil, von welchem nach der einen Seite der Oberarm ausläuft, nach der anderen die Grube oberhalb des Schlüsselbeins und Schulterblatts entdeckt wird. Nach diesem Befund ist die Seite zu bestimmen, wo der Kopf zu finden ist. Bisweilen fühlt man ferner auch den Rand des Schulterblattes und sogar die Rippen, oder umgekehrt den Hals und den Rand des Unterkiefers über dem Beckeneingang. — Das wichtigste Zeichen für die Erkenntniß der vorhandenen Unterart der Schulterlage bietet die Wahrnehmung des schmalen länglichen Schlüsselbeins, indem nach der Lage desselben an der vorderen oder hinteren Beckenseite beurtheilt werden kann, ob der Rücken der Frucht nach der hinteren oder vorderen Wand der Gebärmutter gerichtet ist.

b) Den vorliegenden Ellbogen erkennt man an einer spitzigen Hervorragung zwischen den zwei nahe daneben befindlichen Knochenvorsprüngen des Oberarmbeins, und unterscheidet denselben von der Ferse dadurch, daß die Fußknöchel bei dieser erheblich weiter von der Fersenspitze entfernt sind. Der von jener Spitze des Ellenbogens glatt und ohne Absatz auslaufende Kno-

chenrand bezeichnet die Lage des Vorderarmes, während nach dem Oberarm hin zunächst neben der Spitze eine Grube bemerkt wird. Aus dem Verhalten dieser Theile zum Becken kann wiederum die Lage des ganzen Kindes bestimmt werden, da, jedenfalls bevor die Theile willkürlich aus ihrer Haltung verschoben sind, der Vorderarm an der Bauchfläche der Frucht sich befindet, während der Oberarm in diejenige Gegend des Beckens hinläuft, in welcher der Kopf liegt.

c) Liegt die Hand im Muttermunde, so unterscheidet man dieselbe vom Fuße durch ihre Kürze im Ganzen, während die Finger länger sind, als die Zehen, sowie dadurch, daß man den kürzeren Daumen leicht von den übrigen Fingern durch den dazwischen geschobenen untersuchenden Finger entfernen kann, was bei der weit längeren großen Zehe nicht gelingt. Vergl. auch §. 130. — Je nachdem man im einzelnen Fall den Handschlag mit der rechten oder mit der linken Hand geben könnte, beurtheilt man, ob die rechte oder die linke Hand der Frucht vorliegt. — Auch hat man den Kopf der Frucht in derjenigen Seite der Mutter zu vermuthen, nach welcher der Daumen gerichtet ist, vorausgesetzt, daß die Hand nicht willkürlich gedreht worden war. Unter derselben Voraussetzung muß man bei nach vorn gewendetem Handrücken auch den Rücken des Kindes vorn hinter der Bauchwand der Mutter und umgekehrt suchen. — Bei alle dem vergesse die Hebamme nicht, daß das Vorliegen einer Hand im Muttermund allein noch keineswegs eine Querlage der Frucht darthut, da der Arm auch neben dem Kopf oder dem Steiß herabgesunken sein kann, und dann nur eine fehlerhafte Haltung der Frucht (§. 323) stattfindet.

§. 322.

Wird die fehlerhafte Kindeslage vor dem Blasensprung erkannt, wie es bei zeitigem Hinzukommen der Hebamme und sorgfältiger äußerlicher und innerlicher Untersuchung immer der Fall sein sollte, so ist dem Fehler in der Regel leicht abzuhelfen und die Mutter, wie das Kind zu retten. Kommt hingegen der Geburtshelfer erst nach Abfluß des Fruchtwassers hinzu, so ist nicht selten das Kind verloren, indem sich alsdann die Gebärmutter um das querliegende Kind zusammengezogen, und theils einen Druck auf die Nabelschnur, theils auch wohl eine vorzeitige Abtrennung des Mutterkuchens bewirkt hat. Die Mutter leidet in solchen Fällen vernachläs-

sigter Querlage unter den Folgen der Quetschung, welche, wenn auch nicht unmittelbar zur Durchreibung und Zerreißung, doch häufig zur Entzündung der Gebärmutter im Wochenbett, und auf die eine oder andere Weise zum Tode führen kann.

Unter diesen Umständen ergiebt sich für die Hebamme die Pflicht, eine jede Kreissende schon vor Abfluß des Fruchtwassers sorgfältig äußerlich und innerlich darauf hin zu untersuchen, ob nicht eine fehlerhafte Lage des Kindes stattfinde; besonders dringend erscheint diese Aufgabe dann, wenn sie keinen größeren Theil über dem Muttermund fühlt. Sollte nun die äußere Untersuchung den Verdacht der Querlage bestätigen, so hat sie sofort nach dem Geburtshelfer zu senden, damit dieser dem Kinde bald möglichst eine gesundheitgemäße Lage gebe, d. h. die äußere oder innere Wendung vornehme. Bis der Geburtshelfer herbei kommt, muß die Kreissende ruhig auf dem Rücken oder auf derjenigen Seite liegen, in welcher der Muttergrund nicht liegt, und alles Pressens und Drängens sich enthalten, damit, wo möglich, der Blasensprung verzögert, oder wenn dieser bereits erfolgt ist, die nachtheiligen Folgen der festen Umschnürung des Kindes durch die Gebärmutter und der Quetschung der mütterlichen Weichtheile verhütet werden. Aus demselben Grunde muß die Hebamme bei der Untersuchung möglichst schonend verfahren, zumal wenn die Fruchtblase noch steht; sobald sie den Fehler erkannt hat, mag sie die Untersuchung ganz unterlassen, falls nicht wesentliche Veränderungen des Befindens der Kreissenden, der Wehen u. s. w. dazu drängen. Denn die wiederholten Untersuchungen und noch mehr die vergeblichen Hülfsversuche mit den in den Muttermund eingeführten Fingern verschlimmern den Zustand für Mutter und Kind, indem sie Zusammenziehungen der Gebärmutter, weiteren Wasserabfluß und Eintritt von Luft in die Höhle veranlassen können.

Sechstes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Haltung der Frucht.

§. 323.

Die Haltung des Kindes ist fehlerhaft, wenn eine Hand oder ein Fuß, oder beide zugleich neben dem Kopf,

oder eine Hand neben dem Steiß in der Fruchtblase vorliegt oder mit dem Blasensprung durch den Muttermund herabtritt, vorfällt. Nicht immer wird dadurch der Geburtsverlauf erheblich erschwert. Denn bisweilen bleibt beim weiteren Vorrücken des Kopfes oder des Steißes die vorliegende Hand u. s. w. zurück, und die Geburt geht in gewöhnlicher Weise glücklich vorüber. In anderen Fällen hingegen hindert insbesondere der neben dem Kopfe vorliegende Arm oder Fuß das gehörige Eintreten des Kopfes, so daß der Kopf über dem Beckeneingange längere Zeit stehen bleibt, oder sogar eine fehlerhafte Lage sich ausbildet; oder der neben dem Kopfe vorgefallene Theil beschränkt, zumal, wenn das Becken der Mutter etwas weniger geräumig, oder das Kind größer, als gewöhnlich ist, den Raum im Becken, so daß dadurch der Geburtsverlauf beträchtlich verzögert und eine Quetschung der mütterlichen Theile, wie des kindlichen Arms u. s. w. veranlaßt wird. Die Gefahr für das Kind wird noch gesteigert, wenn, wie nicht selten, eine Nabelschnurschlinge neben dem Arm oder Fuß vorgefallen ist.

§. 324.

Die fehlerhafte Haltung wird, wie bereits (§. 285) erwähnt wurde, vorzüglich von der Schieflage (Hängebauch) und Schiefheit der Gebärmutter, sowie von einem mangelhaften Anschließen des unteren Gebärmutterabschnittes um den vorliegenden Kindestheil begünstigt. Da dieses Anschließen des Mutterhalses an den vorliegenden Theil nach vorausgegangenen Quetschungen, z. B. in Folge früherer schwerer Entbindungen, unvollkommener zu sein pflegt, findet sich dieser Fehler häufiger bei Mehrgebärenden, vorzüglich solchen, welche schwere Entbindungen, z. B. wegen Beckenenge überstanden haben.

§. 325.

Die Erkenntniß der fehlerhaften Haltung wird durch die Wahrnehmung einer oder beider Hände, auch wohl eines oder beider Füße neben dem vorliegenden Kopfe, oder einer oder beider Hände neben dem eintretenden Beckenende festgestellt. Sollte der mitvorliegende größere Theil bei der inneren Untersuchung nicht bestimmt erkannt werden können, so würde eine sorgfältige äußere Untersuchung etwaige Zweifel über die Lage des Kindes heben müssen, da

Verwechslung einer fehlerhaften Haltung mit dem Vorfall eines Armes bei Schieflage der Frucht (§. 321) sehr bedenklich sind.

§. 326.

Ist das Becken hinlänglich weit, das Kind (nach dem vorliegenden Theil zu schließen) nicht ungewöhnlich groß, und außer der Hand oder dem Fuß nicht auch noch die Nabelschnur neben dem Kopfe vorliegend oder vorgefallen, aber eine gesundheitgemäße Kindeslage nachgewiesen, so hat die Hebamme zunächst durch die Lagerung der Kreissenden auf diejenige Seite, in welcher die Hand oder der Fuß sich nicht befindet, das Herabrücken des Kopfes zu befördern, während sie das vorgefallene Glied mit zwei Fingern in der Scheide zurückhält, damit dasselbe nicht weiter herabsinke. — Das Vorliegen einer Hand neben dem Steiß bedarf einer besonderen Behandlung nicht.

Sollte aber Hand und Fuß zugleich neben dem Kopfe sich zeigen, oder sollten andere der genannten ungünstigen Verhältnisse, z. B. Beckenenge oder Nabelschnurvorfall obwalten, oder sollte trotz der angegebenen Lagerung der Arm oder Fuß immer tiefer herabrücken, so muß der Geburtshelfer unverzüglich herbeigerufen werden, und bis zu dessen Ankunft alles Pressen und Drängen der Kreissenden untersagt werden.

Wenn die Hebamme neben der im Muttermund vorliegenden Hand einen größeren Theil (Kopf oder Steiß) nicht erreichen kann, mag sie stets nach dem Arzt senden.

Siebentes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Stellung des vorliegenden Kindestheils.

§. 327.

In manchen Fällen wird der Geburtsverlauf dadurch erschwert, daß der vorliegende Kindestheil: Schädel, Gesicht oder Beckenende nicht in der regelmäßigen Weise in den Beckeneingang sich einstellt, sondern mehr oder weniger nach der einen oder anderen Seite oder auch nach vorn von der Mittellinie abweicht. Hierdurch wird, zumal

wenn die Räumlichkeit des Beckens beschränkt, oder die Größe des Kindes eine mehr als gewöhnliche ist, nicht allein die Ausstoßung des Kindes aufgehalten, sondern auch häufig eine bei längerer Dauer gefährliche Quetschung der mütterlichen Weichtheile veranlaßt, während andererseits Vorfall der Nabelschnur, oder eines Armes neben dem vorliegenden größeren Theile begünstigt wird.

Die fehlerhafte oder Schiefstellung, der Schiefstand des vorliegenden Kindestheils kann ebensowohl im Beckeneingang, als auch in der Beckenhöhle und hinter dem Beckenausgang stattfinden.

§. 328.

Die fehlerhafte Stellung gibt sich kund

1) bei vorliegendem Schädel durch ein ungewöhnliches Verhältniß der Nähte und Fontanellen zum Becken, und zwar ist dies am häufigsten so, daß die kleine Fontanelle ungewöhnlich nahe an einer Beckenwand anliegt, oder sogar außerhalb des Beckeneingangs steht, während die große Fontanelle tiefer herabrückt. Alsdann bildet sich eine sogen. Scheitellage, oder sogar eine Stirnlage aus, welche letztere endlich, falls das Hinterhaupt auf einem Rand des Beckeneingangs feststeht, in eine Gesichtslage (mit in der Regel günstigem Ausgang) übergehen kann. In anderen Fällen, welche vorzüglich bei Verkürzung des geraden Durchmessers im Beckeneingang (§. 305) beobachtet werden, findet man die Pfeilnaht ungewöhnlich weit hinten, unmittelbar vor der Kreuzbeinaushöhlung, weit seltener vorn nahe an der vorderen Beckenwand quer verlaufend; alsdann wird während der oft beträchtlichen Geburtsverzögerung entweder das vorn oder das hinten liegende Scheitelbein tief eingedrückt, das andere stark vorgetrieben. Kommt beim Herabrücken die Drehung des Hinterkopfs nach vorne zu Stande, so kann endlich die Geburt rasch vollendet werden. Rückt dagegen der Kopf mit seiner Pfeilnaht in dem Querdurchmesser der Beckenhöhle herab, so erfolgt nicht selten hinter dem Beckenausgang eine Einkeilung und damit eine, wegen der damit verbundenen Quetschung der mütterlichen Weichtheile, bedenkliche Verzögerung der Austreibungsperiode. — In noch anderen Fällen (vorzüglich bei dem sogen. Hängebauch) trifft der untersuchende Finger, wenn die eine Seite des Kopfes über dem Muttermund liegt, auf die eine Ohrmuschel (Ohrlage). Hier muß eine Umwandlung entweder

in eine Gesichtslage oder in eine Schädellage während des weiteren Geburtsverlaufs stattfinden.

2) Bei den Gesichtslagen erscheint diejenige Stellung des vorliegenden Theils als fehlerhaft, bei welcher das Kind andauernd nach hinten und rechts oder links gerichtet bleibt, oder bei welcher die Stirn ungewöhnlich tief herabsinkt, eine Stirnlage sich entwickelt. Bei der zuerst erwähnten fehlerhaften Gesichtslage ereignet sich, wie bereits §. 127 angegeben, nicht selten zuletzt noch eine plötzliche Umdrehung des Kinns nach vorn unter den Schambogen; in dem zuletzt genannten Falle beobachtet man bisweilen einen Uebergang in Schädellage.

3) Bei den Beckenendlagen findet eine fehlerhafte Stellung, welche die Geburt aufhalten kann, dann statt, wenn der eine Hinterbacken über den Rand des Beckeneinganges aufgepreßt wird. In der Regel ist dieses Hinderniß jedoch nicht von Bedeutung, indem die weiche Beschaffenheit des Steißes das Hereingleiten in den Beckeneingang begünstigt.

§. 329.

Die Ursachen der fehlerhaften Stellung des vorliegenden Kindestheils sind entweder in einer ungewöhnlichen Gestalt des Beckens (daher die fehlerhaften Stellungen auch bei den Kennzeichen der Geburtsstörungen durch Beckenfehler §. 305 bereits erwähnt worden sind), oder in einer Schieflage oder Schiefheit der Gebärmutter, oder endlich in einer ungewöhnlichen Haltung des Kindes zu suchen, wenn der unvollständig herabgesunkene Arm oder Fuß zwischen dem Vorberg oder einer anderen vorspringenden Gegend des Beckeneinganges und dem vorliegenden Kindestheil sich befindet (§. 323). In einzelnen Fällen veranlassen aber auch wohl Geschwülste der Weichtheile in der Beckenhöhle z. B. in der Mutterhalswand (§. 291) die regelwidrige Stellung.

Die Folgen der fehlerhaften Stellung bestehen, abgesehen von der Verzögerung des Geburtsverlaufes und der vergeblichen Anstrengung der Kreissenden, theils in der Quetschung der mütterlichen Geburtswege, die zur Durchreibung führen kann, theils in dem Druck, welchen der vorliegende Kindestheil erleidet, und welcher eine beträchtliche Verschiebung oder Hautquetschung, oder auch einen Eindruck der Schädelknochen hervorzubringen vermag.

§. 330.

Die Erkenntniß der fehlerhaften Stellung des vorliegenden Theils und der dadurch bedingten Gefahr wird außer dem bereits (§. 328) angegebenen Befund der inneren Untersuchung gefördert

1) dadurch, daß man bei der äußeren Untersuchung, jedenfalls so lange als der vorliegende Kopf im Beckeneingang sich befindet, eine ungewöhnliche Hervorragung des Hinterhauptes u. s. w. in der einen oder anderen Weiche wahrnimmt.

2) An der gedrückten Stelle der Geburtswege entsteht ein allmälig zunehmender empfindlicher Schmerz, und

3) die unterhalb der gequetschten Stelle befindlichen Partien der weichen Geburtswege z. B. der Muttermund oder die Scheide und die Schamlippen schwellen merklich an.

§. 331.

Sobald die Hebamme eine fehlerhafte Stellung des vorliegenden Kindestheils entdeckt, hat sie zunächst nach den Ursachen derselben zu forschen. Da, wo eine Schiefslage der Gebärmutter vorhanden ist, wird sie gewöhnlich, wie schon früher (§. 285) erwähnt, durch eine entsprechende Lagerung der Kreissenden auf diejenige Seite, in welcher der Kopf u. s. w. aufsteht, den Fehler beseitigen können. Wo hingegen eine der anderen genannten Ursachen obwaltet oder Schmerz und Anschwellung der mütterlichen Geburtswege auftritt, muß sie sofort zum Geburtshelfer schicken, und, bis dieser herbei kommt, der Kreissenden, welche ohne Säumen in eine wagerechte Lage auf das Bett zu bringen ist, alles Pressen und Drängen untersagen.

Achtes Kapitel.

Von den schweren Geburten wegen fehlerhafter Beschaffenheit der Eihäute und des Fruchtwassers.

§. 332.

A) Die Eihäute sind entweder zu fest, oder zu dünn.

1) Die zu festen Eihäute zerreißen nicht nach hinlänglicher Erweiterung des Muttermundes, sondern treten als Fruchtblase wohl bis vor den Beckenausgang heraus. Es kann dabei geschehen, daß

das Kind in den unzerrissenen Eihäuten (in der sogen. Glückshaube) geboren wird, ein Ereigniß, welches freilich auch durch den schleichenden Abgang des Fruchtwassers aus einem kleinen Riß an der Seite des Eies und durch eine weniger feste Verbindung der Eihäute mit der Gebärmutterwand begünstigt sein kann.

Abgesehen davon, daß durch das Ausbleiben des rechtzeitigen Blasensprunges eine Verzögerung der Geburt herbeigeführt wird, können die zu festen Eihäute auch Anlaß geben zu einer Zerrung und Lostrennung des Mutterkuchens, welche mit einer gefährlichen Blutung verbunden ist (§. 233, 365), während andererseits die Geburt des Kindes in den unverletzten Eihäuten den Tod der Frucht zur Folge haben wird, wenn dieselbe, bevor die Eihäute zerrissen sind, Athemversuche macht, und das, vielleicht noch durch abgegangenes Kindspech verunreinigte, Fruchtwasser in die Luftröhrenäste einzieht.

§. 333.

Die Hebamme erkennt die ungewöhnliche Festigkeit der Eihäute theils durch die Wahrnehmung einer dickeren Fruchtblasenhaut, theils aus dem Umstand, daß die Blase nicht zur rechten Zeit, d. h. nach hinlänglicher Erweiterung des Muttermundes berstet. Sollte die Hebamme in Zweifel darüber bleiben, ob die im Muttermund fühlbare elastische Geschwulst die Fruchtblase oder vielleicht die Kopfgeschwulst u. s. w. sei, so mag sie den Mutterspiegel (§. 52) einführen; die alsdann bei unverletzten Eihäuten erblickte glatte glänzende Fläche, hinter welcher weiße Stellen (Flocken des Käseschleims) zu erkennen sind, oder andererseits nach Berstung der Eihäute der Anblick der Kopfhaare der Frucht wird jeden Zweifel heben.

Tritt in Folge allzugroßer Festigkeit der Eihäute eine Gebärmutterblutung, oder die Gefahr für das Kind ein, daß dasselbe in den Eihäuten austrete, so muß man die Blase sprengen, indem man entweder den Zeigefinger mit seinem Nagel gegen die während der Wehe gespannten Eihäute andrängt, oder auch mittelst einer Stricknadel die Eihäute öffnet. Ist die Blase vor die Geschlechtstheile herausgetreten, so sind die Eihäute sofort mit dem Daumen und Zeigefinger zu fassen und zu zerreißen. — Im Uebrigen mag die Hebamme stets bedenken, daß eine vorzeitige Zerreißung der Eihäute zumal bei Erstgebärenden, und da, wo Krampfwehen im Spiele sind, die Geburt beträchtlich aufzuhalten vermag und daß sie daher nie

durch die Ungeduld über einen zögernden Geburtsverlauf zum Blasensprengen sich verleiten lassen darf. Sie mag vielmehr hier ebenso, wie dort, wo sie bei herabrückender Fruchtblase von dem Vorliegen des Kopfes oder Beckenendes nicht überzeugt ist, einen Arzt herbeirufen lassen, um dessen Bestimmung über das künstliche Blasensprengen einzuholen.

§. 334.

2) Die zu dünnen Eihäute bersten, bevor der Muttermund hinlänglich erweitert ist, und begünstigen durch den vorzeitigen Wasserabfluß, zumal bei Erstgebärenden, alle die üblen Folgen, welche §. 288 von der mangelhaften Vorbereitung des unteren Gebärmutterabschnittes abgeleitet worden sind. Wo die Eihäute allzufrüh geborsten sind, muß die Hebamme der Kreissenden eine bequeme Lage geben, und vorzeitiges Pressen und Drängen verbieten, überhaupt so verfahren, wie an der angeführten Stelle gelehrt worden ist.

§. 335.

B) Die Menge des Fruchtwassers erscheint fehlerhaft, wenn sie zu groß, oder wenn sie zu gering ist.

1) Eine zu große Menge von Fruchtwasser, wie man sie bei der Eiwassersucht, und insbesondere als Begleiterin von Zwillingsschwangerschaft bisweilen beobachtet, so daß in seltenen Fällen bis zu zwanzig Pfund ausgeleert sein sollen, verursacht nicht allein beträchtliche Beschwerden z. B. Beklemmung, Unvermögen zu liegen, Schlaflosigkeit, Anschwellung der Beine und Geschlechtstheile der Schwangeren, sondern hindert auch die Entwicklung der Wehen, und verzögert dadurch den Geburtsverlauf während der Erweiterungsperiode. Die damit zusammenhängende ungewöhnliche Ausdehnung der Gebärmutter begünstigt ferner, wie schon §. 319 erwähnt ist, fehlerhafte Kindeslagen, sowie eine fehlerhafte Haltung der Frucht, und den Vorfall der Nabelschnur. Noch gefährlicher erscheint aber die übermäßige Ausdehnung der Gebärmutter durch zu vieles Fruchtwasser dann, wenn dasselbe, und damit das hier bisweilen kleine Kind plötzlich hervorstürzt, indem zu Folge der plötzlichen Gestaltveränderung der Gebärmutterhöhle nicht allein der Mutterkuchen unter mehr oder weniger beträchtlicher Blutung abgetrennt wird, sondern auch eine lähmungsartige Unthätigkeit der Gebärmutter in der Nach-

geburtsperiode zu folgen pflegt, welche weitere heftige Blutflüsse und Anlage zur Umstülpung der Gebärmutter mit sich führt.

§. 336.

Eine übermäßige Menge des Fruchtwassers erkennt man 1) aus der sehr beträchtlichen, jedoch gleichförmigen Ausdehnung des Bauches, in welchem man die Kindestheile auffallend beweglich und daher nicht deutlich fühlt, während beim Anklopfen leicht Schwappung erzeugt werden kann; 2) aus dem ungewöhnlich hohen Stande und der Beweglichkeit des vorliegenden Kindestheils zu Anfang der Geburt. 3) Häufig, aber keineswegs immer, findet sich gleichzeitig eine beträchtliche Wassergeschwulst der Unterschenkel und Füße der Kreissenden.

Sobald die Hebamme den erwähnten Fehler entdeckt, hat sie dafür zu sorgen, daß die Kreissende nicht im Stehen von dem Blasensprung überrascht werde, indem dadurch ein Hervorstürzen des Kindes (Sturzgeburt) begünstigt wird; sie bringe dieselbe deshalb sofort auf das Bett, und zerreiße, wenn sie den Kopf allein vorliegend, und den Muttermund genügend erweitert findet, die Fruchtblase, jedoch außer der Wehe, und in der wagerechten Lage der Gebärenden. Den folgenden Geburtsverlauf hat sie durch Verbot des Pressens und Drängens zu verzögern, und jedenfalls sorgfältig den Damm zu stützen.

§. 337.

2) Eine zu geringe Menge des Fruchtwassers (welche jedoch auch nur scheinbar sein kann, indem das vorhandene Wasser unbemerkt abgeflossen ist) wird nur dadurch ein Geburtshinderniß, daß die für die allmälige Erweiterung des Muttermundes so nützliche Fruchtblase sich nicht bildet. — Eine anderweite, bedenklichere Folge ist die, daß das Kind in den unverletzten Eihäuten (in der Glückshaube) geboren und, wenn nicht sofort die Eihäute zerrissen werden, dem Tode preisgegeben werden kann (§. 332).

Während in dem ersteren Falle alle §. 288 erwähnten Mittel mit Geduld und Ausdauer zur Anwendung gebracht werden mögen, ist in dem letzteren Falle die Zerreißung der Eihäute, sobald der Kopf aus den Geschlechtstheilen hervortritt, angezeigt (§. 333).

§. 338.

C) Eine mißfarbige grün bräunliche Beschaffenheit

des Fruchtwassers, welche bei langsam verlaufenden Geburten bisweilen vorkömmt, obschon nicht Ursache derselben ist, beruht nicht selten auf der Beimischung von Kindspech, welche bei Kopflagen eine Lebensgefahr des Kindes anzeigt, und die schleunige Herbeirufung des Geburtshelfers nothwendig macht. — Eine faulige Zersetzung des mit Blut gemischten Fruchtwassers, welche durch einen besonders üblen Geruch sich kundgibt, stellt sich immer erst nach dem Hinzutritt von Luft, also nach Zerreißung der Eihäute ein, während da, wo die Frucht nach dem Absterben längere Zeit im geschlossenen Ei verweilte, das Fruchtwasser röthlich erscheint, und einen süßlich faden Geruch zeigt. Die durch den Eintritt von Luft bei unvorsichtigem Einführen der Finger u. s. w. in die Gebärmutterhöhle veranlaßte Fäulniß des mit Blut u. s. w. gemischten Fruchtwassers mit Gasentwicklung in der Gebärmutter ist ein sehr gefahrdrohender Zustand für die Mutter und das Kind, und fordert stets die Herbeirufung des Arztes. Man erkennt die Ansammlung von Luft in der Gebärmutterhöhle durch das kunstgemäße Anklopfen an den Bauch der Kreissenden, welche Untersuchung (die Perkussion) eine Hebamme erlernen muß.

---

2. Klasse.

Die fehlerhaften Geburten ohne Erschwerung ihres Hergangs.

Erstes Kapitel.

Von den fehlerhaften Geburten wegen Vorfall der Nabelschnur.

§. 339.

Vorfall der Nabelschnur nennt man das Herabsinken einer größeren oder kleineren Schlinge derselben durch den Muttermund, nachdem die Eihäute zerrissen sind, und unterscheidet davon das Vorliegen einer Nabelschnurschlinge innerhalb der Fruchtblase. Am häufigsten findet dieser für das Kind sehr bedenkliche Fehler bei Fuß- und Schieflagen statt, seltener bei Kopflagen. Die Gefahr für das Kind beruht auf dem Druck, welchem die Nabelschnurgefäße beim Herabrücken des vorliegenden Kindestheils zwischen diesem und dem

Geburtskanal ausgesetzt sind, in Folge dessen der für das Leben der Frucht unentbehrliche Blutlauf zwischen Kind und Mutterkuchen gestört und dadurch das erstere zu vorzeitigen Athembewegungen veranlaßt wird.

§. 340.

Als Ursache des Vorliegens und Vorfallens der Nabelschnur ist der mangelhafte Verschluß des Mutterhalskanales bei der Geburt anzusehen; daher auch das häufige Zusammentreffen des Nabelschnurvorfalls mit einer fehlerhaften Haltung des Kindes z. B. einem Vorfall des Arms neben dem Kopfe u. s. w. Diese unvollkommene Verschließung des Muttermundes kann ebensowohl dadurch bedingt sein, daß ein kleiner Theil wie Fuß, Hand u. s. w. vorliegt, als auch auf einer mangelhaften Zusammenziehung des unteren Gebärmutterabschnittes beruhen. Deßhalb findet sich das Vorliegen und der Vorfall der Nabelschnur häufig bei ungewöhnlicher Ausdehnung der Gebärmutter durch Zwillinge, wie durch eine übermäßige Menge von Fruchtwasser, häufiger bei Mehrgebärenden zumal mit engen Becken, indem die bei den früheren, etwa schweren Entbindungen vorausgegangene Quetschung des unteren Gebärmutterabschnittes diesen unfähig macht, sich gehörig um den vorangehenden Theil zusammenzuziehen. — Daß eine ungewöhnliche Länge des Nabelstranges, sowie der Sitz des Mutterkuchens in der Nähe des Muttermundes, vorzüglich wenn die Wurzel der Nabelschnur an dem unteren Rande desselben sich findet, den fraglichen Fehler begünstigt, ist unzweifelhaft.

§. 341.

Die Erkenntniß des Vorliegens der Nabelschnur ist nicht immer leicht, insbesondere muß die Hebamme Verwechselungen mit streifigen Verdickungen der Eihäute, sowie mit den hinter den Eihäuten liegenden eingeschlagenen Fingern des Kindes vermeiden. Das unzweideutigste Zeichen ist das am fraglichen strangartigen Körper fühlbare Klopfen der Pulsadern des Nabelstranges, welches beiläufig doppelt so schnell erfolgt, wie der Pulsschlag der Mutter. Die aus dem Eihautriß herausgetretene, also vorgefallene Nabelschnur erscheint als eine strangähnliche Schlinge, an deren bisweilen deutlich hervortretenden Windungen, so lange das Kind lebt, das oben erwähnte regelmäßige Aderklopfen wahrgenommen wird.

§. 342.

Da nun jeder stärkere Druck auf die Nabelschnurschlinge, welcher wenige Minuten anhält, dem Leben der Frucht ein Ende macht, dieser Druck aber nach dem Heraustreten der Nabelschnur aus den Eihäuten sofort droht, so hat die Hebamme, sobald sie den Nabelstrang *vorliegend* findet, der Kreissenden eine wagerechte Lage im Bett zu empfehlen, und alles Pressen und Drängen zu untersagen, um die Fruchtblase möglichst lange zu erhalten, zugleich aber den Arzt herbeiholen zu lassen. — Ist die Nabelschnur bereits vorgefallen, so ist, so lange als das Klopfen in der Schnur wahrgenommen wird, die Herbeirufung des Arztes zu beschleunigen. Bis dieser herbeikommt, mag die Zurückführung (*Reposition der Nabelschnur*) über den Beckeneingang hinauf in folgender Weise versucht werden. Die Hebamme lagere die Kreissende auf diejenige Seite, in welcher die Nabelschnurschlinge *nicht* vorgefallen ist, oder auf die Knie und Ellbogen und schiebe, falls der Muttermund genügend erweitert ist, die vorgefallene Nabelschnurschlinge stets an derjenigen Seite des Kopfes, neben welcher sie herabgesunken ist, mit zwei oder vier in die Scheide eingeführten Fingern vorsichtig bis über den Beckeneingang hinauf. Daselbst halte man sie so lange mit den Fingern zurück, bis der herabrückende Kindestheil die Finger der Hebamme aus der Scheide hinausdrängt. Ist z. B. bei der ersten Schädellage die Nabelschnurschlinge in der rechten Beckenhälfte herabgesunken, so legt man die Kreissende mit angezogenen Knien auf deren linke Seite, und schiebt, indem man sich hinter dieselbe stellt, mit den Fingern der rechten Hand die Nabelschnurschlinge über den Kopf und den Beckeneingang hinauf; oder wenn die Schlinge an der hinteren Beckenwand herabhängt, versucht man die Zurückführung in der Knie- und Ellenbogenlage der Mutter. Bei Beckenlagen ist die Reposition erfolglos, daher ist die baldige Ausziehung des Kindes und deßhalb die schleunige Herbeirufung des Arztes nothwendig. Sollte die Zurückführung nicht gelingen, oder die Schlinge neben den hineingeschobenen Fingern immer wieder herabsinken, so hat die Hebamme auch bei pulsloser Nabelschnur dafür zu sorgen, daß die Schlinge nicht vor den Geschlechtstheilen liegen bleibe, zu welchem Zweck sie die hervorgetretene Nabelschnur mit ihren Fingern in der Scheide zu erhalten hat.

Bei dem sog. *Reiten des Kindes auf der Nabelschnur*

hat die Hebamme, während das Kind austritt (§. 168), die zwischen den Oberschenkeln vorliegende Schlinge zu lösen und über das eine im Knie geheugte Bein zurückzustreifen.

Zweites Kapitel.

Von den fehlerhaften Geburten wegen Umschlingung, Kürze und Zerreißung der Nabelschnur.

§. 343.

Sehr häufig (unter 5 Geburten 1 mal) findet man die Nabelschnur ein oder mehrere Male um den Hals des Kindes, seltener auch um andere Theile z. B. einen Arm, oder Fuß geschlungen. Ist die Nabelschnur dabei hinlänglich lang, so entsteht daraus, falls sie einem Druck nicht ausgesetzt wird, kein Nachtheil für das Kind. Ist sie jedoch kürzer als gewöhnlich, oder sind die Umschlingungen so zahlreich, daß der freibleibende Theil der Nabelschnur nicht mehr die genügende Länge zeigt, um die bei der Ausstoßung nothwendige Entfernung des Kindeskörpers vom Mutterkuchen zu gestatten, so erfolgt eine Spannung des Nabelstranges und entweder eine Lostrennung des Mutterkuchens von der Gebärmutter (namentlich dann, wenn die Nabelschnur in den Rand des Mutterkuchens sich ensenkt), oder, wenn der Mutterkuchen fest mit dem Grunde der Gebärmutter verwachsen ist, eine Umstülpung derselben, oder eine Zerreißung der Nabelschnur, nachdem auch wohl vorher eine beträchtliche Zusammenschnürung des umschlungenen kindlichen Halses stattgefunden hat.

Aeußerst selten ist die Nabelschnur an sich, d. h. ohne umschlungen zu sein, so kurz, daß eine gefährliche Zerrung bei der Geburt erfolgt, ja in einzelnen Fällen, in welchen die Frucht zu Folge der Mißbildung unfähig ist, erhalten zu werden, fehlt die Nabelschnur ganz, indem der Mutterkuchen unmittelbar auf dem Bauch der Frucht aufliegt. — Eine Zerrung des Nabelstranges kann auch ohne Umschlingung dann stattfinden, wenn bei Zwillingsgeburten die mäßig kurze Nabelschnur des erstgeborenen Kindes in den nahe dem Muttergrund gelegenen Rand seines Mutterkuchens sich einsenkt. Hier kommt es bisweilen bei der Geburt des ersten Kindes zu einer für den zweiten Zwilling gefährlichen Lostrennung des mit dem ersten

verbundenen zweiten Mutterkuchens, und zu einer mehr weniger erheblichen Blutung.

§. 344.

Die Kennzeichen der Zerrung und Abtrennung des Mutterkuchens, welche in Folge der Kürze der Nabelschnur während der Austreibungsperiode auftreten, bestehen theils in einem fixen, mit jeder Wehe wiederkehrenden Schmerz an einer bestimmten Stelle der Gebärmutter, obschon diese daselbst einer Quetschung nicht ausgesetzt ist, theils in einem stets mit Nachlaß der Wehe eintretenden Blutabgang neben dem vorliegenden Kindestheil, welchem die Erscheinungen des Blutverlustes, z. B. zunehmende Schwäche, Anwandlung von Ohnmachten u. s. w. folgen können. Diese Blutung wird in dem Fall, daß der untere Gebärmutterabschnitt sich fest an den vorliegenden Kindestheil anschmiegt, äußerlich nicht immer sichtbar, gibt sich aber sowohl durch die zunehmende Bläße und Schwäche der Gebärenden (§. 217), als auch dadurch kund, daß sofort mit der Ausstoßung des Kindes ein beträchtlicher Blutstrom, oder größere Blutgerinnsel abgehen. Nicht selten dauert diese Blutung während der fünften Geburtszeit fort, und kann dann das Leben der Mutter bedrohen. — Von der dabei möglichen Umstülpung der Gebärmutter wird §. 380—382 die Rede sein.

Der bei einer festeren Zusammenziehung einer um den Hals oder einen anderen Theil gebildeten Nabelschnurschlinge eintretende Druck auf die Gefäße der Nabelschnur selbst gibt sich durch Verlangsamung und endliches Ausbleiben der Herztöne der Frucht kund.

§. 345.

Eine Zerreißung der Nabelschnur muß, falls das Kind nicht sofort geboren wird, eine Verblutung desselben herbeiführen. — Denselben Ausgang bemerkt man, wenn bei einer gabelförmigen Einpflanzung der Nabelschnurgefäße in die über dem Muttermund liegende Eihautstelle eine der genannten Adern beim Blasensprung zerreißt. Diese gabelförmige Einpflanzung, welche man bei Zwillingsnachgeburten (freilich nicht immer über dem Muttermund) häufiger findet, kann man nur dadurch erkennen, daß man an der Fruchtblase eine Pulsation bemerkt; in welchem Falle sofort ein Arzt herbeizurufen ist.

§. 346.

Die Umschlingung und Kürze der Nabelschnur wird in der Regel erst dann mit Sicherheit erkannt werden, wenn der Kopf des Kindes bereits geboren ist, weßhalb die Hebamme sofort mit dem Zeigefinger an dem Hals des Kindes zuzufühlen hat. Sie soll alsdann entweder, wenn die Schlinge nicht allzu fest zugezogen erscheint, dieselbe etwas lösen und, falls die Schlinge sich leicht erweitert, über den Kopf zurückzustreifen suchen, oder so geöffnet halten, daß die Schultern hindurch gehen können, oder bei festerer Zusammenziehung der Schlinge vorsichtig ein Blatt der Nabelschnurscheere unter die Schlinge schieben und dieselbe durchschneiden, bevor der Rumpf hervortritt, worauf jedoch sofort die Schultern angezogen werden müssen, um die durchschnittene Nabelschnur alsbald unterbinden zu können.

In allen übrigen Fällen muß die Hebamme, wenn vor der Ausstoßung des Kindes aus dem §. 344 erwähnten Schmerz und Blutabgang, oder aus der Verlangsamung der Herztöne der Frucht auf die Kürze der Nabelschnur geschlossen werden kann, den Geburtshelfer sofort herbeirufen lassen, und der Kreissenden alles Pressen und Drängen untersagen.

§. 347.

Sollte das Kind mit zerrissener Nabelschnur geboren werden, — wie es nicht allein bei zu kurzer Nabelschnur, sondern auch bei übereilten Geburten im Stehen der Kreissenden (§. 348) vorkommen kann, — so hat die Hebamme das am Nabel befindliche Stück, falls es lang genug ist, zunächst sofort mit zwei Fingern fest zusammenzudrücken und dann sorgfältig zu unterbinden. Ist die Nabelschnur aber unmittelbar am Bauche des Kindes abgerissen, so lege die Hebamme ein Stück Feuerschwamm, oder ein sechsfach zusammengeschlagenes, in Branntwein oder Essig und kaltes Wasser getauchtes Leinwandbäuschchen auf den sofort mit den Fingern zugedrückten blutenden Nabel des Kindes, und befestige dasselbe durch eine Nabelbinde, oder lasse es durch eine zuverlässige Person so lange aufdrücken, bis der ohne Säumen hinzuzurufende Arzt das Weitere angeordnet hat.

Drittes Kapitel.

Von den übereilten Geburten.

§. 348.

Eine Geburt heißt übereilt, wenn sie entweder im Ganzen verhältnißmäßig zu rasch vollendet wird, oder wenn auch nur einzelne Perioden, z. B. die der Austreibung der Frucht allzustürmisch verlaufen. Die Gefahren, welche dabei drohen, betreffen theils die Mutter, für welche man nicht allein eine bedeutende Zerreißung des Dammes, sondern auch eine bedenkliche Unthätigkeit der plötzlich entleerten Gebärmutter (aus welcher äußerst heftige Blutungen in der Nachgeburtsperiode und später entspringen), oder eine Umstülpung der Gebärmutter zu befürchten hat, theils die Kinder. Diese werden in Folge der übereilten Geburt oft scheintodt geboren, oder erleiden, wenn sie durch ein verhältnißmäßig enges Becken rasch hindurch getrieben werden (§. 306), oder wenn die Kreissende stehend vom Geburtsdrang während des Austrittes des Kindskopfes überwältigt, auf einen harten Rand z. B. des Bettes sich niedersetzt, tödtliche Brüche der Schädelknochen. Weit seltener sind die Schädelverletzungen der Neugeborenen eine Folge davon, daß das Kind, von einer aufrecht stehenden Frau geboren, auf den Boden gestürzt ist („Sturzgeburt"), in welchem Falle häufiger, wie §. 347 erwähnt wurde, gefahrdrohende Abreißungen der Nabelschnur eintreten. Die durch einen Sturz auf einen unebenen z. B. mit Sand bestreuten Boden oder Straßenpflaster, veranlaßten Verletzungen sind in der Regel mehr oberflächliche Hautrisse und Abschürfungen.

§. 349.

Die Hauptbedingung für die übereilten Geburten ist eine übermäßige Wehenthätigkeit, Wehenüberstürzung, wie sie bei reizbaren, sonst kräftigen Frauen zuweilen, insbesondere nach einem plötzlichen Temperaturwechsel, z. B. einem kalten Bade oder nach heftigen Gemüthsbewegungen vorkommt, aber auch während gewisser hitzigen Krankheiten, z. B. während des Scharlachfiebers oder einer Brustentzündung u. s. w. beobachtet sein soll.

Ein weites Becken, sowie ein kleines, nachgiebiges Kind begünstigt dergleichen übereilte Geburten, welche sich durch heftige, von

einem ungestümen unaufhörlichen Drängen begleitete Wehen ankündigen. Diese lassen der Kreissenden keine Ruhe, verursachen bisweilen ein allgemeines Zittern und Beben des Körpers, sowie auch wohl Irrereden und Wuth. Tritt dieses Drängen in den ersten Geburtsperioden und bei weitem Becken ein, so soll es sogar zum Vorfall der Gebärmutter mit dem Kinde führen können. Doppelt gefährlich werden die übereilten Geburten, wenn die Gebärmutter vorher durch zu vieles Fruchtwasser oder Zwillinge ungewöhnlich ausgedehnt war, indem hier ganz vorzugsweise Nachblutungen drohen (§. 335). In vielen Fällen folgen ungewöhnlich heftige Nachwehen.

§. 350.

Hat eine Frau früher bereits zu schnell geboren, und erkennt die Hebamme durch die Untersuchung, daß die Durchmesser des Beckens ungewöhnlich groß, das Becken somit allzugeräumig ist, so muß sie der übereilten Geburt vorzubeugen suchen, theils, indem sie die Schwangere zu besonderer Vorsicht ermahnt, theils indem sie bei Eintritt der ersten Geburtswehen anordnet, daß die Kreissende sich sofort auf das ebene Geburtslager begebe, und jeden Pressens und Drängens sich enthalte. Sollte die ganze Gebärmutter sammt dem Kinde aus den Geschlechtstheilen hervortreten, so halte sie dieselbe mit einem in Oel getränkten Tuche zurück (§. 283) und lasse sofort den Arzt herbeirufen.

Erweitert sich der Muttermund auffallend schnell und stellt sich die Blase rasch und prall, so ist dieselbe vorsichtig in der Wehenpause zu zerreißen und der Geburtshelfer schleunig herbeizurufen. Dringt der Kopf rasch herab, so verhüte man seine sofortige Ausstoßung und den zu fürchtenden Dammriß durch möglichst sorgfältige Unterstützung des Dammes bei entsprechender Lagerung der Kreissenden mit mehr gestreckten Beinen, und verbiete das Pressen und Drängen. Wegen der nachtheiligen Folgen einer plötzlichen Entleerung der Gebärmutter und Bauchhöhle, die sich durch Ohnmachten, Angst und Beklemmung kundgeben, erscheint es rathsam, bereits vor der Ausstoßung des Kindes den Leib mit einer passenden Binde zu umgeben, und dieselbe während der Geburt immer fester zusammen zu ziehen. Nachdem das Kind geboren ist, empfehle die Hebamme der Halbentbundenen die größte Ruhe, überwache die Zusammenziehung der Gebärmutter mit der auf den Bauch aufgelegten Hand, und entferne sich von der Ent-

bundenen nicht früher, als bis die Mutterkugel fest zusammengezogen bleibt. Bei dergleichen übereilten Geburten ist es jedoch immer gerathen, die Zuziehung eines Arztes zu veranlassen.

Viertes Kapitel.

Von den Zuckungen der Gebärenden.

§. 351.

Gebärende werden ebenso, wie Schwangere und Wöchnerinnen bisweilen von unwillkürlichen stoßweisen Bewegungen, Zuckungen ihrer Glieder und einzelner Stellen des Gesichts, wie des Rumpfes (Krämpfe, Fraisen) befallen, welche meist ein erschreckendes Bild darbieten, und nicht selten sehr bedeutende Gefahren mit sich führen. Denn abgesehen von den Verletzungen, welche sich die Frauen bei diesen Zuckungen zuziehen können, enden diese Zufälle oft in den Tod, oder hinterlassen Lähmungen, Geisteskrankheiten u. s. w.

Nach Verschiedenheit der Erscheinungen und der damit verbundenen Gefahr unterscheidet man folgende Arten der Zuckungen:

§. 352.

A. Am gefährlichsten sind diejenigen Zuckungen (schwere Convulsionen, Eklampsie), welche mit vollkommener Bewußtlosigkeit verbunden sind und anfallsweise auftreten. Der Krampfanfall kündigt sich nicht selten durch Kopfschmerzen, Funkensehen, Irrereden, schmerzhaftes Druckgefühl in der Herzgrube u. s. w. an; bald darauf wird die Kranke plötzlich bewußtlos, und verfällt in stoßweise Zuckungen der Gliedmaaßen oder auch der Gesichtsmuskeln, wobei das Gesicht meist auffallend blauroth aufgetrieben, der Blick stier, die Lippen angeschwollen erscheinen. Gewöhnlich wird schaumiger, bisweilen von Verletzungen der Zunge zwischen den Zähnen blutiger Speichel zwischen den Lippen hervorgestoßen. Nach einigen Minuten lassen die Zuckungen nach, und es folgt unter lautem Schnarchen ein tiefer Schlaf, aus welchem die Kranken anfangs bald erwachen, und außer ein wenig Kopfweh nichts klagen, jedoch auch nichts von dem Vorgegangenen wissen. Nach kürzerer oder längerer Ruhe, während deren die Wehen ungestört fortwirken, oder auch aussetzen,

zeigt sich ein neuer Anfall, meist von längerer Dauer, welchem wiederum eine, bei Fortdauer des schrecklichen Leidens immer kürzere Zeit des Nachlasses folgt. — Die Betäubung erreicht bei diesen Krämpfen einen solchen Grad, daß die Frauen bisweilen während der Anfälle das Kind gebären, oder künstlich entbunden werden ohne Bewußtsein davon zu haben.

Bisweilen sterben die Befallenen während eines Anfalles. Häufiger verbleiben sie, falls nicht bald Genesung auftritt, längere Zeit, sogar Tage lang bewußtlos und verfallen oft in andere schwere Wöchnerinnenkrankheiten, oder werden gelähmt.

§. 353.

Die Anlage zu diesen gefährlichen Zuckungen besitzen vorzüglich solche Frauen, welche in Folge von einer Erkrankung der Nieren an häufigen Harndrang mit verminderten Abgang und an vorübergehenden, meist am Morgen verschlimmerten, wässerigen Anschwellungen, (sogen. Gedunsensein) des Gesichts und der Hände (§. 243) leiden. Erstgebärende werden häufiger, als Mehrgebärende, ferner vorzüglich solche Frauen ergriffen, welche eine ungewöhnlich starke Ausdehnung der Gebärmutter z. B. durch Zwillinge oder zu vieles Fruchtwasser zeigen.

Veranlassung zum Ausbruch der Eklampsie gibt am häufigsten eine Erkältung z. B. der Hände oder Füße, ferner eine Magenüberladung, zumal mit schweren, unverdaulichen Speisen z. B. Klösen, Schellfisch u. dgl. oder eine Gemüthsbewegung.

§. 354.

Wegen der hohen Gefahr für die Mutter, wie für das Kind, welche diese Convulsionen begleitet, muß die Hebamme denselben wo möglich vorzubeugen suchen, und deßhalb bei allen Hochschwangeren, bei welchen sie die erwähnte, vorübergehende Aufgedunsenheit des Gesichtes und der Hände bemerkt, die Herbeirufung eines Arztes dringend verlangen. Bis der Arzt verordnet hat, lasse sie die Schwangere im Bett liegen und gestatte nur warme Limonade. Noch dringender wird dies, wo die erwähnten Vorboten oder die Krämpfe selbst hervortreten. Dabei sorge die Hebamme für reine frische Luft im Zimmer, für Abhaltung grellen Lichts und lauter Töne, verbiete daher das Anschreien der Kranken, bringe sie in's Bett oder auf eine an den Stubenboden gelegte Matratze und verhüte durch mäßiges

Festhalten der Glieder während der Zuckungen, sowie durch Einschieben eines an einem Band befestigten Korkstöpsels, oder eines mit Leinwand umwickelten Holzstückchens oder Löffelstiels zwischen die Zähne, daß die Kranke sich nicht beschädige, ferner gebe sie Klystiere mit Essig oder mit Kochsalz, untersage aber alle erhitzenden Dinge z. B. heißen Thee, Hoffmanns Liquor u. dgl., namentlich auch alle Riechmittel, sowie das gewaltsame Ausbrechen der krampfhaft eingezogenen Daumen. Auf den Kopf sind unausgesetzt kalte Umschläge zu machen. Bei alle dem ist auf den Fortgang der Geburt sorgfältig zu achten, und der Austritt des Kindes zu überwachen.

§. 355.

B. In ihrer Erscheinung den soeben beschriebenen Zuckungen sehr ähnlich sind diejenigen Krämpfe, welche bei Fallsüchtigen (Epileptischen) auftreten.

Oft kann man nur durch den Umstand, daß die Befallene bereits früher in nicht schwangerem Zustande an Fallsucht oder sogen. bösem Wesen wiederholt gelitten hat, diese Krampfanfälle von den vorherbeschriebenen unterscheiden. Bemerkenswerth ist jedoch, daß dergleichen früher bei derselben Frau beobachtete Fallsuchtanfälle während der Schwangerschaft und Geburt selten auftreten.

Auch bei diesen obschon minder gefährlichen Zuckungen hat die Hebamme jede mögliche Beschädigung der Kranken während des Anfalles in der so eben gelehrten Weise zu verhüten, und einen Arzt herbei holen zu lassen.

§. 356.

C. Einzelne heftige Zuckungen gehen auch wohl bei einem beträchtlichen Blutverluste dem Tode kurz vorher. Diese stoßweisen Erschütterungen des Körpers sind höchst bedenklich, und machen die Herbeirufung des Arztes dringend nöthig, wenn dieselbe nicht bereits durch den vorhergehenden Blutfluß gefordert war.

Neben dem Auflegen von Senfpflastern auf die Arme und Waden kommt Alles das in Betracht, was bei Erörterung der Blutungen während der Geburt (§. 362—373) gelehrt werden wird.

§. 357.

D. Weit weniger gefährlich sind diejenigen Zuckungen, welche

man hysterische nennt, und welche bei reizbaren, schwächlichen Frauen, die auch wohl sonst zu Ohnmachten und Krämpfen geneigt waren, während oder nach der Geburt auftreten. Diese Zuckungen, welche sich durch die Mannigfaltigkeit der unwillkürlichen Bewegungen, d. h. durch das Wechseln der ergriffenen Muskelgruppen an den verschiedenen Körpertheilen auszeichnen, sind nicht wie die bisher genannten von vollständiger Bewußtlosigkeit begleitet. Denn die Kranken wissen, wenn auch nur undeutlich, was mit ihnen vorgegangen, vermögen aber während eines Anfalles nicht zu sprechen. Ferner fehlt bei diesen hysterischen Krämpfen die blaurothe Auftreibung des Gesichts, sowie der von Schnarchen begleitete nachfolgende Schlaf.

Obschon, wie erwähnt, die Gefahr hier nicht so groß ist, so erscheint es doch, schon um der möglichen Verwechselung willen rathsam, auch bei diesen Zuckungen einen Arzt herbeirufen zu lassen. Bis dieser kommt, verhüte die Hebamme mögliche Verletzungen der Kreissenden während der unwillkürlichen Bewegungen, sorge für frische Luft im Zimmer, lege Senfpflaster auf die Waden und gebe Klystiere.

Fünftes Kapitel.

Von den Ohnmachten der Gebärenden.

§. 358.

Ohnmachten oder Anwandlungen von Bewußtlosigkeit und Unvermögen zu stehen, zu gehen und sich sitzend aufrecht zu erhalten, kommen bei Kreissenden in allen Geburtszeiten vor, ebenso, wie sie auch gelegentlich in der Schwangerschaft (§. 264) und nach der Geburt beobachtet werden. Sie stammen entweder

1) von einer ungewöhnlichen Reizbarkeit der Frauen her, und werden dann im einzelnen Falle veranlaßt durch Hunger, schwüle Stubenluft oder übermäßiges Geräusch im Zimmer, oder durch die ungewohnten Anstrengungen und Schmerzen, oder durch Schrecken und Furcht. Dergleichen Ohnmachten sind in der Regel nicht sehr tief; die Hände und Füße werden nicht kalt, und der Puls setzt nicht aus. Sie betreffen vorzüglich solche Frauen, welche schon früher bei verschiedenen geringfügigen Anlässen ohnmächtig geworden waren.

2) In anderen Fällen erscheinen die Ohnmachten bedingt durch

einen beträchtlichen äußeren oder inneren Blutverlust, durch allzuraſche Entleerung der Bauchhöhle u. ſ. w. Die Ohnmacht aus dieſen Urſachen tritt vorzüglich dann auf, wenn die Betroffene ſich nach der Blutung raſch aufrichtet. Hier iſt die Bewußtloſigkeit in der Regel tiefer, mit Kälte der Hände und Füße verbunden, und führt zum dauernden Ausſetzen des Pulſes, ja der Zuſtand kann ſogar unmittelbar in den Tod übergehen.

§. 359.

Da es ſchwierig iſt, die beiden Arten der Ohnmachten von einander zu unterſcheiden, ſo iſt es rathſam, daß die Hebamme überall, wo dergleichen Zufälle auftreten, einen Arzt herbeirufen laſſe; um ſo dringender iſt dieß, je tiefer die Ohnmacht erſcheint, wenn Blutungen vorausgegangen ſind, oder, wenn die Zeichen von Zerreißung der Gebärmutter z. B. ein plötzliches Aufhören der vorher ſtürmiſchen Druckwehen mit einem oft nur geringen Blutabgang (§. 367), auftreten, oder wenn die Geburt übereilt geweſen, oder eine Umſtülpung der Gebärmutter (§. 380) ſtatt finden ſollte.

Bis der Arzt kommt, hat die Hebamme bei dem Eintreten einer Ohnmacht durch vorſichtiges Oeffnen der Fenſter oder der Thüre für reine Luft zu ſorgen, die Gebärende mit kaltem Waſſer zu beſprengen, das Geſicht und die Schläfen mit Eſſig, Kölniſchem Waſſer, oder dgl. zu reiben, Hände und Füße zu bürſten, Senf- oder Meerrettigpflaſter auf die Waden zu legen, auch wohl Salmiakgeiſt oder Aether unter die Naſe zu halten.

Beim Nachlaß der Ohnmacht gebe man der Kreiſſenden eine Taſſe warmen Thee, falls nicht ein Blutfluß vorausgegangen war, oder ein paar Eßlöffel voll Wein, auch wohl eine Taſſe voll kräftiger Fleiſchbrühe. — Zur Verhütung der Ohnmachten bei Blutverluſt dient eine möglichſt wagerechte Lage der Kreiſſenden, welche auch nach beſeitigtem Anfall längere Zeit hindurch beobachtet werden muß.

Sechstes Kapitel.

Von der Schwerathmigkeit der Gebärenden.

§. 360.

Die Behinderung des Athmens, Kurz- oder Schwerathmigkeit der Gebärenden wird am häufigsten bedingt durch Lungen- und Herzkrankheiten, sowie durch einen starken Kropf, minder häufig durch allgemeine Fettleibigkeit und Verkrümmung des Rückgrates z. B. bei Buckeligen. Die Kreissenden vermögen dabei die Wehen nicht gehörig zu verarbeiten (§. 110 und 153), werden in Folge des Blutandranges nach dem Gesicht blauroth, und gerathen in Gefahr der Erstickung oder des Schlagflusses.

Seltener und meist erst nach Ausstoßung des Kindes tritt die Athemnoth in Folge plötzlicher Entleerung der Bauchhöhle durch übereilte Geburten oder Umstülpung der Gebärmutter, sowie bei starken Blutflüssen auf, und ist dann gewöhnlich mit großer Unruhe verbunden. Die Athemnoth, Brustbeklemmung geht in diesem Fall oft dem Tode nur kurze Zeit vorher.

In allen diesen Fällen wird es, wenn die Schwerathmigkeit nicht durch eine passende Lagerung der Kreissenden, z. B. durch eine halbsitzende Lage im Bette bald gehoben werden kann, nöthig, einen Arzt herbei zu rufen, am dringendsten bei den letztgenannten Ursachen, oder da, wo wegen beträchtlicher Anschwellung der Füße auf einen bedeutenderen Herzfehler geschlossen werden muß.

Siebentes Kapitel.

Von dem Erbrechen der Gebärenden.

§. 361.

Das Erbrechen während der Geburt ist in der Regel erleichternd, zumal, wenn die Kreissende vorher den Magen überladen oder schwer verdauliche Speisen genossen hatte. In diesem Falle befördere die Hebamme dasselbe durch das Trinken von lauen Wasser oder leichten Kamillenthee, gebe auch wohl ein Klystier, um die Ausleerung der überfüllten Därme zu fördern.

In einzelnen seltenen Fällen wird das Erbrechen jedoch erschöpfend, und insbesondere dann bedenklich, wenn Blut entleert wird. Bei dem allzuhäufig wiederkehrenden Erbrechen, welches sogar zu vorzeitiger Abtrennung des Mutterkuchens mit Blutfluß führen kann, gebe man ein Brausepulver, einen leichten Krausemünze- oder Melissenthee, auch wohl ein wenig schwarzen Kaffee; bei Blutbrechen hingegen Citronensaft und Zuckerwasser, oder Essig und Wasser. In den letzteren Fällen, oder wenn das Erbrechen nicht nachläßt, lasse die Hebamme ohne Säumen den Arzt herbeirufen.

Alle Mittel gegen das Erbrechen müssen in kleinen Mengen verabreicht werden, während die Kreissende eine ruhige Lage einzuhalten hat.

Achtes Kapitel.

Von den Blutflüssen während und bald nach der Geburt.

§. 362.

Da die Blutungen während und bald nach der Geburt zu den häufigeren und gefährlicheren Zufällen gehören, welche die Fürsorge der Hebamme in Anspruch nehmen, so macht es sich nöthig, daß dieselbe mit allen ihren Ursprungsstellen, Ursachen und Folgen recht vertraut sei, damit sie die Quelle der Blutung aufzusuchen, und bis zur Ankunft des Arztes die entsprechende Hülfe einzuleiten vermöge.

§. 363.

Daß ein bedeutenderer Blutverlust, — mag derselbe ein äußerlich sichtbarer oder innerer verborgener sein — alsbald Beängstigungen, Verlangen nach frischer Luft, Verdunkelung des Gesichts, Gehörstäuschungen, als ob Musik, oder Glockengeläute ertöne, sowie Bläße der Haut, Kälte der Hände und Füße, Veränderungen des Pulses bis zum Aufhören desselben, Gefühl von Schwäche bis zum Erbrechen, oder bis zu Ohnmachten, endlich Zuckungen, und einen plötzlichen Tod, oder aber langenoch bleibende große Schwäche, anhaltende Schweiße oder wassersüchtige Zustände

u. s. w. veranlassen kann, ist früher (§. 217) ausführlich besprochen worden.

Ueberall da, wo die Hebamme bei einer Gebärenden oder Neuentbundenen die eine oder die andere der angegebenen Erscheinungen wahrnimmt oder klagen hört, forsche sie ungesäumt und sorgfältig nach, ob sie nicht eine innere, oder äußere Blutung entdecken könne, und verlange sofort die Hülfe des Arztes.

§. 364.

Nach der Quelle des Blutflusses unterscheiden wir zunächst:

A) Blutungen aus anderen Organen, als den Geschlechtstheilen, wie Nasenbluten, Bluthusten, Bluterbrechen und Blutungen aus geborstenen Aderknoten an den Beinen. Das Nasenbluten ist bisweilen erleichternd und daher zumal bei vollblütigen Frauen nicht sofort zu unterdrücken; bei schwächlichen Frauen, oder wo dasselbe anhaltend auftritt, macht es ebenso, wie das Bluthusten, welches überdies auf einen kranken Zustand der Lungen hinweist, die sofortige Herbeirufung eines Arztes nöthig. Bis zu dessen Ankunft hat die Hebamme der Kreissenden die größte Ruhe zu empfehlen, alles Pressen und Drängen zu verbieten, für frische Luft durch Oeffnen der Fenster oder der Thüren zu sorgen und kühlendes Getränk z. B. Limonade zu verabreichen. Dasselbe gilt vom Blutbrechen (§. 361).

Berstet ein Blutaderknoten an den Beinen, so hat man sofort die blutende Stelle mit den Fingern zu schließen und hierauf ein in Essig und Wasser getauchtes Bäuschchen mittelst einer Binde auf der blutenden Oeffnung zu befestigen. (S. §. 245).

§. 365.

B) Die Blutungen aus den Geschlechtstheilen während und bald nach der Geburt werden ferner zweckmäßig nach den Geburtszeiträumen, in welchen sie auftreten, gesondert.

1) Die in der Eröffnungsperiode auftretenden Gebärmutterblutungen rühren entweder vom Sitz des Mutterkuchens auf dem Muttermunde, oder von Abtrennungen des Mutterkuchens bei gewöhnlichem Sitz desselben her. Von beiden Arten der Gebärmutterblutflüsse, bei deren Auftreten stets ein Arzt herbeigerufen werden muß, ist bereits ausführlich gehandelt worden, daher die Hebamme auf die §. 232—236 verwiesen wird. Vergl. auch §. 332. 333.

§. 366.

2) Ein mäßiger Blutabgang, welcher sofort dem Blasensprung folgt, kann von Zerreißung einer an den Eihäuten verlaufenden Nabelschnurader abstammen, und wird dann die Todesursache der Frucht, falls die letztere nicht alsbald zu Tage gefördert wird. (Siehe §. 345). Deßhalb hat die Hebamme überall, wo sie diesen Fehler entdeckt, den Arzt herbeirufen zu lassen.

§. 367.

3) Die im Laufe der Austreibungsperiode eintretenden Blutungen stammen entweder

a) von Quetschungen und Zerreißungen der Gebärmutter ab, und sind dann nicht selten innere, während nur ein blutiger Schleim aus der Scheide abgeht. Die von meist sehr stürmischen Treibwehen ergriffene Kreissende pflegt dabei zunächst über einen während jeder Wehe sich steigernden Schmerz an einer bestimmten Stelle der Gebärmutter zu klagen, während die vor dem herabgedrängten Kindestheil (z. B. dem Kopf) gelegene Mutterlippe oder Scheidenwand mehr und mehr anschwillt. Kömmt es endlich zur Zerreißung, so hören die bis dahin ungewöhnlich kräftigen Druckwehen meist plötzlich auf oder lassen merklich nach, und die Gebärende verfällt bisweilen in Ohnmacht. (S. §. 359). Nach einiger Zeit findet man den vorliegenden Kindestheil, falls er noch nicht fest im Becken stand, oft vom Beckeneingang abgewichen; ja die ganze Frucht kann durch den Gebärmutterriß in die Bauchhöhle ausgetreten sein, in welchem Fall die Kindestheile deutlicher, als zuvor durch die Bauchdecken gefühlt werden. In anderen Fällen fühlt man auch wohl den an einer Seite vom Mutterhals abgequetschten Gebärmutterkörper als faustgroße Kugel neben der Frucht hinter den Bauchdecken. — Die Kreissende schwebt dabei in der größten Lebensgefahr, und stirbt, wenn nicht unmittelbar darauf, gewöhnlich in den nächstfolgenden Tagen, oder Wochen.

Die Zerreißungen der Gebärmutter entstehen (abgesehen von den sehr seltenen Fällen, welche die Folge einer durch früher vorausgegangene Entzündung bedingte Gewebsveränderung der Gebärmutterwand sind) am häufigsten bei wiederholten Geburten solcher Frauen, welche ein enges Becken haben, sowie bei vorliegendem zu großem oder Wasserkopfe der Frucht, oder auch bei vernachlässigter Quer- und

Schieflage derselben stets an der Stelle, wo der Kopf gegen hervorragende Kanten des Beckens angedrängt worden ist (§. 289. 306. 308). Bisweilen sind sie auch die Folge von äußeren Verletzungen des Leibes mittelst Stoß, Fall u. s. w. oder von operativen gewaltsamen Eingriffen.

Sobald die Hebamme aus den Erscheinungen stattfindender Quetschung der inneren Geburtstheile (vergl. §. 327) und insbesondere aus einem mehr oder weniger beträchtlichen Blutabgang in der Austreibungsperiode eine drohende Zerreißung der Gebärmutter erschließen muß, lasse sie sofort den Arzt herbeirufen, verbiete der Kreissenden alles Pressen und Drängen, ermahne sie zur Ruhe, und gebe ihr kühlende Getränke. Bei eintretenden Ohnmachten ist zugleich das §. 359 Vorgeschriebene zu beobachten.

§. 368.

b) Oder es ist ein Blutaderknoten in der Scheide oder in den äußeren Geschlechtstheilen geborsten; alsdann pflegt der Blutverlust ein sehr plötzlicher und heftiger zu sein, und die Hebamme findet bei der Untersuchung, daß das Blut nicht aus dem Muttermund hervorströmt, fühlt auch wohl die Rißstelle, oder erblickt dieselbe bei Besichtigung der Geschlechtstheile. Auch hier hat die Hebamme eilig nach dem Arzt zu senden, während sie mit ihren Fingern oder mit einem in Essig und Wasser getauchten Leinwandbäuschchen die blutende Oeffnung unausgesetzt gegen die Beckenwand drückt, und auf diese Weise vorläufig die Wunde schließt.

c) Oder die Blutungen aus den Geburtswegen während der dritten und vierten Geburtszeit rühren von einer Lostrennung des Mutterkuchens (etwa in Folge von Kürze der Nabelschnur, oder in Folge von einer äußeren Gewaltthätigkeit, Stoß, Fall u. s. w.), oder von einer Zerreißung der Nabelschnur her. Ueber die Erkenntniß dieser Quelle der Blutung, wie über das dabei einzuschlagende Verfahren lese die Hebamme die §§. 342—346 nach.

§. 369.

4) Die Mehrzahl der Blutungen aus den Geschlechtstheilen tritt jedoch in der dritten Geburtsperiode oder der fünften Geburtszeit, vor oder bald nach der Ausstoß-

ung der Nachgeburt auf. Obschon diese Blutflüsse, welche das Leben der Mutter am häufigsten bedrohen, immer die schleunige Herbeirufung des Arztes erheischen, so bedarf die Hebamme doch einer genaueren Kenntniß der verschiedenen Zustände der Gebärmutter und der übrigen Geburtswege, welche ihnen zu Grunde liegen, damit sie die verschiedenen Erscheinungen, welche jene begleiten, richtig zu deuten, — und die den einzelnen Fehlern entsprechende Behandlung, bis der Arzt hinzukommt, einzuleiten wisse.

a) Entweder die Mutterkugel erscheint schlaff, so daß man Mühe hat, dieselbe hinter den Bauchdecken zu finden, und das Blut fließt bald in einem starken Strome aus den Geburtstheilen hervor (äußere, sichtbare Blutung), bald sammelt das Blut sich in der Gebärmutterhöhle an, indem die Mutterkugel allmälig immer größer wird, während das Blutwasser abgeht und die Unterlagen tränkt, bis endlich die Flüssigkeit auf dem Zimmerboden dahin fließt, (innere, verborgene Blutung). In diesen beiden Fällen, welche am häufigsten bei zarten, schwächlichen Erstgebärenden, oder bei erschöpften Mehrgebärenden, theils nach übereilten, theils nach langsamen, durch Wehenschwäche verzögerten Geburten vorkommen, und bisweilen durch plötzlich einwirkende Freude oder Trauer veranlaßt werden, pflegen die früher erwähnten, alle heftigen Blutflüsse begleitenden Gesichts- und Gehörstäuschungen, sowie Kälte der Hände und Füße, Unruhe und Beängstigung u. s. w. sehr rasch einzutreten, und die hohe Gefahr, in welcher die Kreissende schwebt, anzudeuten.

Diese Blutungen beruhen auf einer mangelhaften Zusammenziehung der ganzen Gebärmutter, und daher ungenügender Verschließung der an der Mutterkuchenstelle durch Abtrennung des Mutterkuchens entstandenen Aberöffnungen (§. 108).

Bis der schleunigst herbeizuholende Arzt ankommt, muß die Hebamme sofort die Mutterkugel durch die Bauchdecken mit einer oder beiden Händen kräftig umfassen, reiben, und zusammendrücken, und von Zeit zu Zeit einen halben Eßlöffel voll Zimmttinctur, auch wohl mit 10 bis 20 Tropfen Hoffmann'schen Liquor gemischt, oder abwechselnd mit einem Eßlöffel voll Wein geben lassen.

Bei einer inneren Blutung aus diesem Grunde stürzt in Folge der durch das Reiben und Drücken angeregten Zusammenzieh-

ung der Gebärmutter eine beträchtliche Menge geronnenen Blutes plötzlich aus der Scheide hervor; dieß ist keine ungünstige Erscheinung, und darf die Hebamme nicht etwa irre machen in der empfohlenen kräftigen Reibung und Zusammendrückung der Mutterkugel. — Sollte die Nachgeburt noch nicht ausgestoßen sein, so wird dieses Verfahren gleichzeitig deren Abgang befördern (§. 159).

Falls trotz dieser Behandlung die Blutung nicht stehen sollte, mag die Hebamme in kaltes Wasser getauchte und wieder ausgedrückte Tücher auf den Unterleib oder die Geschlechtstheile auffschlagen oder kaltes Wasser auf den Unterleib und die Oberschenkel aufgießen, oder Schwefeläther auftröpfeln, darf aber das Reiben und Kneten des Mutterkörpers mit der auf dem Unterbauch liegenden Hand nicht unterlassen, sondern muß dasselbe sogar stundenlang, bis der Arzt kommt, fortsetzen. — Dieses Verfahren ist dem von manchen Aerzten empfohlenen Auflegen eines 8—12 Pfund schweren Sandsacks vorzuziehen.

§. 370.

b) Oder die Mutterkugel erscheint höckerig, eckig, wie gehörnt, an der hervorragenden Stelle hart oder umgekehrt weich, an einer anderen vertieft und zusammengezogen, daher entweder würfelig, oder wie eine Sanduhr stellenweise eingezogen, nicht selten an einer Stelle empfindlich; das Blut geht satzweise, meist mit jedem Eintreten einer sehr schmerzhaften Wehe ab; die Halbentbundene verfällt rasch, klagt über Angst, Uebelkeit, wird nicht selten von Brechwürgen oder von Erbrechen befallen, friert, zeigt kalte Hände und Füße und einen kleinen, schnellen Puls. Hier beruhen die Blutungen auf einer theilweisen Unthätigkeit der Gebärmutter an der Mutterkuchenstelle, während an einer anderen Stelle eine ungewöhnlich starke Zusammenziehung, Gebärmutterkrampf (§. 278) stattfindet, daher man diese Blutflüsse auch wohl kurzweg krampfhafte genannt hat.

Dieser Fehler tritt vorzugsweise bei solchen Frauen auf, welche bereits bei der Geburt des Kindes an Krampfwehen gelitten haben, oder in dieser Zeit einer Erkältung, insbesondere der äußeren Schamtheile oder der Füße ausgesetzt waren.

So gefahrdrohend die genannten Zufälle aussehen, so sind diese Blutungen doch nicht ganz so bedenklich, als die im vorigen §. beschriebenen; dennoch ist der Arzt sofort herbeizurufen. Bis dieser

kommt, hat die Hebamme die Mutterkugel hinter den Bauchdecken sanft mit der erwärmten Hand zu reiben, eine Tasse leichten Kamillenthee, oder ein Klystier von eben demselben zu geben, auch wohl ein Senf- oder Meerrettigpflaster auf die Magengegend, oder an die Waden zu legen, jedenfalls die kalten, gehörig zu bedeckenden Gliedmaaßen durch Wärmflaschen oder durch Reiben mit gewärmten Tüchern zu erwärmen.

§. 371.

c) Oder man findet bei den Mutterblutungen in der Nachgeburtsperiode die Mutterkugel anscheinend gehörig zusammengezogen, die Kreissende aber sehr aufgeregt, und man fühlt ihr Herz ungewöhnlich lebhaft schlagen, die Adern im Unterleib hinter den Bauchdecken deutlich pulsiren. Der Blutabgang ist dann in der Regel mäßig, aber dauernd, und wird dadurch gefährlich. Diesen Zustand übermäßiger Herzthätigkeit beobachtet man bei lebhaften Frauen, welche früher schon heftiges Herzklopfen geklagt hatten, und jetzt durch die Freude, z. B. über das soeben geborene Kind, oder durch den vorhergegangenen unpassenden Genuß von erhitzenden Getränken, z. B. eines starken Weines, oder starken Kaffees oder Kamillenthees aufgeregt sind.

In diesem Falle hat die Hebamme, bis der Arzt herbeikommt, die Kreissende durch Zureden zu beruhigen, derselben Citronensaft oder 20 Tropfen Hallers Sauer, auch wohl einen Theelöffel voll Essig in einer Tasse frischen Zuckerwassers zu verabreichen, und bei dennoch fortdauernder Blutung in kaltes Wasser getauchte Tücher auf den Unterleib zu legen. Daneben muß sie aber stets mit der auf den Unterleib gelegten Hand die Zusammenziehung des Mutterkörpers sorgfältig überwachen und den Arzt herbeirufen lassen.

§. 372.

d) Oder endlich die Blutung erfolgt trotz gehörig fester Zusammenziehung des Mutterkörpers, trotz der Abwesenheit von Herzklopfen und Aufregung in einem anhaltenden, verhältnißmäßig geringen, etwa strohhalmstarken Strome, und wird deshalb um so leichter übersehen, oder zu gering angeschlagen, je langsamer und später hier die Folgen des Blutverlustes: die erwähnten Sinnestäuschungen, z. B. das angebliche Hören von Glockenläuten oder Musik, das Klagen über Dunkelwerden im Zimmer, oder die Ohnmachtanwandlungen u. s. w. auftreten. Dieses anhaltende Hervorrieseln von

Blut hat seine Quelle theils in tiefer gehenden Einrissen des Muttermundes, welche am häufigsten bei voreiliger Ausstoßung des Kindes in Folge von stürmischen Wehen mit heftigen Pressen und Drängen der Kreissenden, oder vom Gebrauch der Geburtszange vor hinreichender Erweiterung des Muttermundes entstehen, theils in Zerreißung der Scheide, insbesondere des Scheidenausganges zumal der vorderen neben der Harnröhre gelegenen Gegend (wo bei Schwangeren oft erweiterte Adern liegen §. 154) und der Schamlippen, oder des Dammes. Ausnahmsweise kann die Ursache dieser gefährlichen Blutung eine unvorsichtige Zerreißung des angewachsenen Mutterkuchens, z. B. bei gewaltsamer Herausreißung des Nabelstranges aus demselben sein.

Da die warnenden Erscheinungen des Blutverlustes in diesem Falle meist erst nach Stunden, kurze Zeit vor dem Eintritt des Todes sich zeigen, muß die Hebamme bei jedem anhaltenden Hervorrieseln von Blut aus den Geburtstheilen einer Halb- oder Ganzentbundenen, auch wenn noch keine Zeichen von Blutmangel bemerkt werden, sofort die Geschlechtstheile genau untersuchen, und während sie ungesäumt nach der ärztlichen Hülfe sendet, da, wo sie durch die nicht zu unterlassende Besichtigung der Schamtheile einen, wenn auch nur oberflächlichen, Schleimhautriß in dem Scheidenausgang oder am Vorhof oder an den Schamlippen als Quelle der Blutung entdeckt, die blutende Wunde mit einem in Essig oder Branntwein und Wasser getauchten Bäuschchen zusammen-, oder gegen eine feste Stelle im Beckenausgang drücken, bis der Arzt hinzu kommt.

Wo die Verletzung nicht zu sehen ist, das Blut aber aus der Scheide selbst hervorrieselt, muß die Hebamme bis zur Ankunft des Arztes bei sorgfältiger Ueberwachung der Zusammenziehung des Muttergrundes und neben der inneren Anwendung kühlender Mittel durch rasch wiederholte Einspritzungen von Essig und kaltem Wasser in die Scheide, und kalte Umschläge auf die Schamtheile die zerrissenen Adern und so die Quelle der Blutung in dem oberen Theil der Scheide oder am Mutterhalse zu schließen suchen.

§. 373.

Bei allen Blutungen während der Geburt macht es sich nöthig,

neben der erwähnten Behandlung der besonderen zu Grunde liegenden Zustände der Gebärmutter und Scheide, den Ersatz des verlorenen Blutes durch Darreichung einiger Tassen guter Fleischbrühe oder warmer Milch, oder eines Eiertranks u. dgl. zu fördern. Um die sinkende Lebensthätigkeit anzuregen, namentlich bei Kälte der Gliedmaaßen und Ohnmachtanwandlungen muß man Hände und Füße mit wollenen Tüchern reiben und bürsten, oder durch Auflegen von heißen Tüchern erwärmen, sowie Senfpflaster auf die Waden oder die Brust legen, das Gesicht mit Essig oder kölnischem Wasser besprengen, und hat überhaupt alles das zu beobachten, was §. 218 gelehrt worden ist. — Der erwähnte Eiertrank wird bereitet, indem man eine frische Eidotter mit zwei Messerspitzen gestoßenen Zuckers anrührt und durch Hinzugießen von heißem Wasser auflöst, sodann auch wohl ein Stück Zimmtrinde hineinlegt.

Neuntes Kapitel.

Von der Verhaltung der Nachgeburt.

§. 374.

Verhaltung der Nachgeburt nennt man die verzögerte Lösung und Ausstoßung des Mutterkuchens und der übrigen Eireste, soweit dieselben nach der Geburt des Kindes unter Benutzung der §. 159 und 160 beschriebenen Handgriffe in der üblichen Zeit nicht zu Tage gefördert werden können.

Die Nachgeburt ist entweder im Ganzen oder stückweise, auch wohl allein ein Theil der Eihäute verhalten. Im ersteren Falle leitet der mit der anderen Hand etwas angezogene Nabelstrang, wenn derselbe nicht abgerissen ist, den untersuchenden Zeige- und Mittelfinger in den Muttermund hinauf, in welchem man entweder einen Theil des Mutterkuchens eingeklemmt fühlt, oder auch nicht. Sind hingegen Theile des Mutterkuchens (z. B. ein Nebenkuchen §. 74) oder der Eihäute zurückgeblieben, so erkennt man dies bei der sorgfältigen Untersuchung der herausgeförderten Nachgeburt sowie der auf den Unterlagen befindlichen Blutabgänge.

Die Gefahren, welche die Nachgeburtsverhaltung herbeiführt, bestehen in wiederkehrenden Blutungen und in der Fäulniß der zurückgebliebenen Theile. Sie finden sich bei Verhaltung der ganzen Nachgeburt wie der einzelnen Stücke.

§. 375.

Die Verhaltung der Nachgeburt rührt entweder von Unthätigkeit der Gebärmutter her, wie sie nach ungewöhnlicher Ausdehnung, z. B. durch Zwillinge, nach Uebereilung der Geburt des Kindes, sowie bei schwächlichen Erstgebärenden, oder erschöpften Vielgebärenden vorkommt. Diese mangelhafte Zusammenziehung der Gebärmutter und die Erfolglosigkeit der zur Herausbeförderung der Nachgeburt §. 159 empfohlenen Reibung und Zusammendrückung der Mutterkugel rührt bisweilen von Anfüllung der Harnblase mit Urin her. Die in diesem Falle vor dem härteren Mutterkörper fühlbare schwappende Geschwulst hat man sofort mit dem Katheter zu entleeren, worauf die Herausdrückung der Nachgeburt gewöhnlich leicht gelingt. Oder sie wird bedingt durch eine theilweise Zusammenziehung der Gebärmutter, so daß die Nachgeburt zum Theil, oder ganz eingesperrt, eingesackt erscheint; welchen Fehler man vorzüglich nach Erkältung während der Geburt, nach plötzlichen Gemüthsbewegungen, sowie da beobachtet, wo krampfhafte Geburtswehen vorausgegangen waren. Oder die Verhaltung ist durch theilweise oder gänzliche zu feste Verwachsung des Mutterkuchens mit der Gebärmutter bedingt, welche als Folge von Entzündung der Gebärmutter in der Schwangerschaft unter dumpfen oder brennenden, an einer bestimmten Stelle festhaftenden Schmerzen und dauernder Empfindlichkeit daselbst entsteht, und sich auch wohl schon während der Geburt des Kindes durch Wehenstörung kundgibt.

§. 376.

Die Erscheinungen der Nachgeburtsverhaltung gestalten sich ebenso, wie das Ergebniß der äußeren und inneren Untersuchung je nach den verschiedenen Ursachen derselben verschieden.

a) Bei der durch Unthätigkeit der Gebärmutter veranlaßten Verhaltung der Nachgeburt fehlen die Nachgeburtswehen ganz, oder sind sehr geringfügig, dagegen zeigen sich in der Regel äußere

innere Blutungen, und man entdeckt eine ungewöhnliche, bisweilen zunehmende Ausdehnung und Schlaffheit des Mutterkörpers.

b) Wo *Krampf* die Verhaltung bedingt, oder sich zu der durch theilweise feste Verwachsung verursachten mangelhaften Lösung des Mutterkuchens hinzugesellt, zeigen sich mehr als gewöhnlich schmerzhafte, bisweilen von Erbrechen, Ohnmachtanwandlungen, sowie von absatzweisen Mutterblutungen begleitete Nachgeburtswehen; man findet dabei den Mutterkörper ungleichmäßig zusammengezogen, über dem Beckeneingang fest eingeschnürt oder am Muttergrund eckig, wie gehörnt, und die festere Stelle häufig gegen Druck empfindlich. Mit dem in die Scheide eingeführten Zeigefinger fühlt man entweder den Nabelstrang durch eine enge Oeffnung zu dem *vollkommen eingesperrten*, daher nicht erreichbaren Mutterkuchen hinaufleitend, oder bei der *unvollkommenen Einsperrung* einen Theil des Mutterkuchens unterhalb der verengten Stelle der Gebärmutter.

c) Bei der durch *feste Verwachsung* bedingten Verhaltung zeigen sich anfangs die Nachgeburtswehen meist von regelmäßiger Beschaffenheit, und nur im weiteren Verlauf werden dieselben ungewöhnlich schmerzhaft, indem sich zugleich eine eckige Gestalt des Mutterkörpers ausbildet. Ein vorsichtiger Zug am Nabelstrang verursacht ein Herabsinken der ganzen Gebärmutter hinter den Bauchdecken, während die Wurzel desselben von dem untersuchenden Finger nicht erreicht werden kann. Häufig gesellt sich auch hier eine Blutung zu der Verhaltung hinzu, und nur bei allgemeiner Verwachsung fehlt dieselbe, falls nicht der Nabelstrang aus dem Mutterkuchen herausgerissen war.

§. 377.

Die dringendste Gefahr bei den Nachgeburtsverhaltungen wird durch die *Blutung* bedingt, welche vorzüglich heftig bei den auf Unthätigkeit beruhenden Verhaltungen aufzutreten pflegt, und bald eine äußere, bald eine innere ist. Im letzteren Falle gesellen sich rasch die allgemeinen Erscheinungen der Blutleere, wie sie §. 363 angegeben sind, z. B. Ohnmachten u. s. w. zu der durch die Bauchdecken wahrnehmbaren Wiederausdehnung der Gebärmutter, deren Muttermund durch den Mutterkuchen verlegt ist, hinzu.

Diese bei Verhaltung der Nachgeburt eintretenden Blutungen fordern die schleunigste Herbeirufung eines Arztes, bis zu dessen An-

kunft die Hebamme alles das, was §. 364 gelehrt worden ist, anzuwenden hat, insbesondere die kräftigen Reibungen des Muttergrundes durch die Bauchdecken, auf welche bei Zeichen von Unthätigkeit der Gebärmutter zugleich kaltes Wasser oder Schwefeläther, Kölnisches Wasser u. s. w. aufgetröpfelt werden mag. In jedem Fall muß die Hebamme von Zeit zu Zeit nachfühlen, ob die Nachgeburt noch nicht in die Scheide herabgerückt sei, und in der früher (§. 160) beschriebenen Weise weggenommen werden könne. Auch mag die Hebamme, um die zögernde Lösung und Ausstoßung der Nachgeburt zu befördern, mittelst einer mit kaltem Wasser gefüllten Klystierspritze, deren Spitze in die durchschnittene weite Blutader des Nabelstranges eingesetzt ist, die Adern des Mutterkuchens langsam, aber wiederholt voll Wasser füllen.

§. 378.

Aber auch da, wo keine Blutungen eintreten, wird die Halbentbundene nicht allein von den bedenklichen Folgen der Angst und Sorge um die Ausstoßung der Nachgeburt, sowie von später, zu einer nicht im Voraus zu bestimmenden Zeit, auftretenden Nachblutungen bedroht, sondern auch von der möglichen Fäulniß der Nachgeburt, welche bald früher, bald später, vorzugsweise dann zu erwarten ist, wenn ein Theil des Mutterkuchens oder der Eihäute aus dem Muttermund in die Scheide herabhängt, und so der Luft zugänglich wird. Diese Fäulniß veranlaßt außer einem argen Gestank des Wochenflusses anfangs geringes Frösteln, später heftige Fiebererscheinungen, unter welchen die Wöchnerin häufig nach wenig Tagen oder Wochen stirbt.

Deshalb soll die Hebamme auch bei den von Blutungen nicht begleiteten Nachgeburtsverhaltungen einen Arzt herbeirufen lassen, falls sie die Nachgeburt in der gewöhnlichen Weise binnen zwei Stunden zu entfernen nicht vermag. Bis der Arzt kommt, muß sie die Halbentbundene beruhigen, die Mutterkugel von Zeit zu Zeit durch die Bauchdecken reiben, bei sehr schmerzhaften Wehen ein Klystier aus Kamillenthee geben, und sobald die Nachgeburt im Muttermunde oder in der Scheide sich zeigt, dieselbe vorsichtig wegnehmen, sich jedoch alles gewaltsamen Zerrens am Nabelstrange u. dgl. enthalten.

§. 379.

Bisweilen geschieht es, zumal wenn der theilweise verwachsene Mutterkuchen ungewöhnlich mürbe ist, daß derselbe bei den verschiedenen Versuchen die Nachgeburt herauszubefördern zerreißt, und einzelne Stücke des Mutterkuchens oder der Eihäute in der Gebärmutterhöhle zurückbleiben, wovon sich die Hebamme bei der pflichtmäßigen Besichtigung der herausgeförderten Nachgeburt sofort überzeugen muß; oder daß der Nabelstrang, zumal, wenn dieser sich in die Eihäute einsenkt, bei den Versuchen, die Nachgeburt hinwegzunehmen, zerreißt, oder sogar aus dem allgemein verwachsenen Mutterkuchen herausgerissen wird, — ein Ereigniß, welches freilich nicht ohne einen höchst verwerflichen, gewaltsamen Zug am Nabelstrang eintreten kann. In allen diesen Fällen theilweiser Verhaltung der Nachgeburt drohen früher oder später auftretende und wiederkehrende Blutungen, so wie schwere fieberhafte Erkrankungen in Folge von Fäulniß der verhaltenen Nachgeburtsreste (§. 387).

Die Mehrzahl dieser unglücklichen Ereignisse kann durch sorgfältige Beachtung der früher (§. 159 und 160) gegebenen Anweisungen für die Entfernung der Nachgeburt verhütet werden. — Bemerkt die Hebamme bei sorgfältiger Besichtigung der Nachgeburt, daß einzelne, wenn auch nicht sehr große Theile des Mutterkuchens oder der Eihäute fehlen, und weder im Blute auf den Unterlagen zu finden, noch bei vorsichtiger Untersuchung der Scheide nachträglich herauszufördern sind, so muß sie sofort ärztliche Hülfe verlangen, auch wenn augenblicklich keine erhebliche Blutung sich zeigt. Denn theils wird die operative Wegnahme dieser verhaltenen Reste von Stunde zu Stunde mühevoller, theils drohen die Gefahren der Blutung und Fäulniß so lange, als die Verhaltung solcher Stücke währt. Bis diese gehoben ist, darf die Hebamme die Halbentbundene nicht verlassen und hat bei eintretender Blutung nach §. 364—373 zu verfahren.

Zehntes Kapitel.

Von der Umstülpung der Gebärmutter.

§. 380.

Nach sehr beträchtlicher Ausdehnung der Gebärmutter z. B. durch zu vieles Fruchtwasser, Zwillinge u. s. w., oder bei allzustürmischen Wehendrang geschieht es bisweilen, zumal, wenn eine Zerrung des angewachsenen Mutterkuchens mittelst des Nabelstranges Statt findet daß sich die Gebärmutter umstülpt, d. h. daß der Muttergrund in die Gebärmutterhöhle und durch den Muttermund herabsinkt. Bei der inneren Untersuchung fühlt man alsdann entweder den Muttergrund gleich einer birnförmigen Geschwulst vom Muttermund umgeben (unvollkommene Umstülpung), oder, wenn nicht blos der Muttergrund und Körper durch den Muttermund herabgetreten ist sondern endlich auch der Mutterhals umgekehrt wurde (vollkommene Umstülpung), keine Spur des Muttermundes um die in der Scheide befindliche Geschwulst. Im letzteren Falle kann sogar die umgestülpte Gebärmutter aus der Scheidenöffnung hervortreten (vollkommene Umstülpung mit Vorfall); alsdann entdeckt man eine fleischrothe, meist stark blutende, bisweilen von der anhaftenden Nachgeburt noch bedeckte kugelige Masse zwischen den Beinen der Entbundenen. In allen Fällen von Umstülpung vermißt man bei der äußeren Untersuchung hinter den Bauchdecken den in allen gesundheitgemäßen Fällen daselbst wahrzunehmenden runden harten Muttergrund, die Mutterkugel. — Die Hebamme hat sich wohl zu hüten, die umgestülpte Gebärmutter mit einem aus dem Muttermund hervorgetretenen Polypen zu verwechseln. Bei letzterem fehlt die Mutterkugel hinter den Bauchdecken nicht.

§. 381.

In der Regel finden bei der Umstülpung der Gebärmutter heftige Blutungen statt, welche in kurzer Zeit zum Tode führen können. Aber auch da, wo diese Blutungen nicht erheblich sind, pflegen in Folge der plötzlichen Entleerung der Bauchhöhle Athemnoth, Ohnmacht und Zuckungen sich einzustellen, und das Leben der Entbundenen zu bedrohen.

§. 382.

Da die Umstülpung der Gebärmutter nach der Geburt des Kindes in der Regel durch Zerrung am Nabelstrange entsteht, — mag diese bei zu kurzer Nabelschnur und plötzlichem Hervorschießen des Kindes aus den Geschlechtstheilen der vielleicht aufrechtstehenden Kreissenden, oder aber, wie häufiger durch die §. 160 verbotenen Versuche, die Nachgeburt hinwegzunehmen, verursacht werden, — so hat die Hebamme vor Allem die Aufgabe, die Entstehung des Fehlers durch passende Lagerung der Kreissenden während der Austreibungsperiode, sowie durch Mäßigung des Wehendranges, sorgfältiges Unterstützen des Dammes und rasche Durchschneidung der allzukurzen Nabelschnur zu verhüten. Sollte ein solcher Unfall aber bereits eingetreten sein, so muß sofort ein Arzt herbeigerufen werden, und bis zu dessen Ankunft die Entbundene in einer wagerechten Lage mit erhöhtem Steiße verweilen, während die Hebamme durch Zurückhalten des herabgesunkenen Muttergrundes in der Scheide mit den eingeölten Fingern der einen Hand dafür sorgt, daß die umgestülpte Gebärmutter nicht aus den Geschlechtstheilen heraustrete. Gesellen sich erhebliche Blutungen hinzu, so hat man dieselben durch kalte Aufschläge zu bekämpfen. Ist aber die umgestülpte Gebärmutter aus der Scheide herausgetreten, und läßt sich nicht in die Scheide zurückdrängen, so bedecke man sie, bis der Arzt Weiteres verordnet, mit Tüchern, welche in eine Abkochung von Leinsamen oder in Milch getaucht sind.

Eilftes Kapitel.

Von dem plötzlichen Tode einer Kreissenden und von dem Absterben der Frucht während der Geburt.

§. 383.

I. Obschon die Todesursachen und Todesarten einer Gebärenden bereits bei Betrachtung der dem Tode vorausgegangenen Erkrankungen erwähnt sind, so erscheint es doch rathsam, über das von der

Hebamme in einem solchen Falle einzuhaltende Verfahren hier Einiges beizufügen, da das plötzliche Eintreten des Todes während oder gleich nach der Geburt etwas so Ueberraschendes und Erschreckendes für die Hebamme, wie für die Umgebung hat, daß deßhalb häufig die entsprechenden Maßregeln nicht sofort ergriffen werden.

Der Tod eines Menschen ist nicht in allen Fällen sogleich sicher zu stellen; denn das sicherste Zeichen, die Fäulniß, beginnt erst nach mehreren Stunden bemerklich zu werden; deshalb hat die Hebamme, welche in jedem derartigen Fall sofort die Herbeirufung eines Arztes verlangen muß, die Kreissende wie eine Scheintodte nach den besonderen Verhältnissen zu behandeln, bis der Arzt den wirklich erfolgten Tod festgestellt hat. Sie muß dieselbe im Bett liegen lassen und die erkaltenden Gliedmaaßen erwärmen, reiben und bürsten, auch wohl Senf- oder Meerrettigpflaster auf die Waden oder Herzgrube legen. — Bei einer Unentbunden-Verstorbenen tritt noch die besondere Pflicht ein, für das Kind im Mutterleibe zu sorgen. In dieser Beziehung schreiben manche Gesetze vor, daß keine nach dem siebenten Monat verstorbene Schwangere begraben werde, bevor nicht das Kind, insbesondere, wenn dasselbe Lebenszeichen, d. h. Bewegungen oder Herztöne wahrnehmen läßt, aus dem Mutterleibe zu Tage gefördert ist.

Wird die Hebamme zu einer soeben gestorbenen Hochschwangeren oder Gebärenden berufen, so hat sie daher auch aus diesem Grunde sofort einen Arzt herbeiholen zu lassen.

§. 384.

II. Auch die Frucht kann theils durch einen anhaltenden oder heftigen Druck auf die Nabelschnur, theils durch Umschnürung des Halses, theils in Folge von Abtrennung des Mutterkuchens oder von Zerreißung eines Nabelschnurgefäßes während der Geburt absterben. Als ein Kennzeichen dieses unglücklichen Ereignisses ist wohl ein Frostanfall der Mutter während der Geburt angeführt, doch kommt dergleichen auch bei lebender Frucht bisweilen vor; verdächtig bleibt ein solcher Frostanfall aber stets, und fordert die Herbeirufung eines Arztes. Gleiches wird geboten durch eine dauernde erhebliche Verlangsamung der kindlichen Herztöne, welche dem Tode vorherzugehen pflegt. — Das Verschwinden der vorher gehörten Herztöne wie des Pulses an der vorliegenden Nabelschnur und das dauernde Ausbleiben der vorher gefühlten Bewegungen der Frucht läßt ebenso, wie

das Erschlaffen oder Teigigwerden der bis dahin prallen Kopfgeschwulst, oder die auffallend leichte Beweglichkeit und das ungewöhnlich starke Uebereinanderschieben der Schädelknochen den Tod der Frucht für sehr wahrscheinlich erklären. Sicher ist derselbe jedoch nur dann, wenn eine ausgedehnte Abstoßung der Oberhaut an den vorliegenden Theilen nachgewiesen werden kann.

III. Abschnitt.

Von den Krankheiten der Wöchnerinnen und Säugenden.

§. 385.

1) Von den Wöchnerinnenfiebern.

Sobald eine Wöchnerin dauernd einen ungewöhnlich schnellen Puls, vermehrten Durst und Hitze zeigt, so wie über Kopfweh, Schlaflosigkeit und allgemeines Uebelbefinden klagt, hat die Hebamme dieselbe für bedenklich krank zu halten, und die Herbeirufung eines Arztes ohne Aufschub zu verlangen. Schon bei dem sog. Milchfieber, welches bisweilen am dritten oder vierten Tage nach der Geburt unter den Erscheinungen von mehr oder minder heftigem Frost, nachfolgender trockener Hitze und endlichem Schweiße, auftritt, muß die Hebamme, falls diese Zufälle etwas heftiger sind, und das Wohlbefinden nicht sofort mit einer vermehrten Anschwellung der Brustdrüsen und freiwilligen Milchausfluß aus den Warzen hergestellt ist, ärztliche Hülfe verlangen. Denn auch dieses Fieber, welches in der Mehrzahl der Fälle durch Erkältungen, Gemüthsbewegungen, Diätfehler u. s. w. veranlaßt ist, kann der Anfang einer der gefährlicheren Formen des Wöchnerinnen- oder Kindbettfiebers (Puerperalfieber) sein. Ruhiges Verhalten, der Genuß einiger Tassen Lindenblüthenthee, oder eines Glases voll warmer Limonade, oder Himbeersaftes mit Wasser, Brodwasser, Mandelmilch u. dgl., sind dabei vorläufig zu empfehlen.

§. 386.

Die Fieber der Wöchnerinnen zeigen außer den bereits genannten Erscheinungen ein höchst mannigfaltiges Krankheitsbild; bald

klagen die Wöchnerinnen über heftige Leibschmerzen, so daß sie sogar den Druck der Bettdecke nicht ertragen können; bald ist der Leib nur bei tiefem Druck empfindlich; ja die Kranke kann dabei auch, wenn der Leib nicht schmerzhaft ist, in Lebensgefahr schweben. Oft bemerkt man eine Verminderung oder ein Ausbleiben der Wochenreinigung oder umgekehrt eine Vermehrung des Blutabganges; bei der Mehrzahl der gefährlich Erkrankten zeigt diese Absonderung einen besonders üblen Geruch. Während im Anfang der Krankheit gewöhnlich Stuhlverstopfung besteht, beobachtet man aber auch wohl Durchfälle, welche jedoch häufiger erst im weiteren Verlauf hinzutreten. Oft findet sich wiederholtes Erbrechen schleimiger, später auch grüner Massen. Daneben bemerkt man bald eine beträchtliche Auftreibung des Leibes, bald eine Anschwellung der äußeren Geschlechtstheile, oft neben einem weißen Belag der kleinen Einrisse und Geschwüre daselbst; bald findet man auch eine schmerzhafte Geschwulst der einen oder anderen Gliedmaaße, namentlich eines Unterschenkels.

Sehr bedenklich ist es, wenn in den späteren Tagen des Wochenbettes (etwa um den sechsten Tag) nach vorausgegangenen andauernden, aber wegen ihrer scheinbaren Geringfügigkeit oft übersehenen Fiebererscheinungen unregelmäßig wiederkehrende *Frostanfälle mit nachfolgender Hitze und Schweiß* auftreten. Es stellt sich dann gewöhnlich auch Husten, Bruststechen, oder gelbsüchtige Hautfärbung ein, oder es kommt zu schmerzhaften Anschwellungen in der Nähe einzelner Gelenke, z. B. der Schulter-, Hand-, Knie- oder Fußgelenke, oder um die Beckenverbindungen, oder es bilden sich auch an anderen Stellen Eitergeschwülste, während in noch anderen Fällen gefährliche Entzündungen des Halses oder der Harnwege u. s. w. hinzutreten.

Als eine besondere Form bezeichnet man auch wohl das *Wöchnerinnenfriesel*, bei welchem unter zeitweise verschlimmerten empfindlichen Stechen in der Haut, unter großer Angst und Beklemmung zahllose kleine Bläschen, bald mit, bald ohne rothen Hof, und gefüllt mit heller oder eiteriger Flüssigkeit (*rothes* oder *weißes Friesel*) hervorbrechen. — Wie jedoch überhaupt diejenigen Krankheiten der Wöchnerinnen, welche mit den oben angegebenen Erscheinungen des Fiebers (Schlaflosigkeit, schneller Puls u. w.) auftreten, für das Leben weit gefährlicher sind, als die ähnlichen Erscheinungen ohne Fieber, so gilt dieß insbesondere auch für das Friesel, welches im letzteren Falle nicht selten als Folge von übermäßigem Schwitzen

ausbricht, und bei ruhigem Verhalten, kühlerer Temperatur des Zimmers und der Getränke, einfacher kühlender Nahrung ohne Gefahr zu verlaufen pflegt.

§. 387.

Die Wöchnerinnenfieber folgen theils auf Verletzungen der äußeren oder inneren Geschlechtstheile bei der Geburt z. B. auf Quetschungen oder Einrisse am Mutterhalse oder der Scheide, theils auf Erkältungen, Diätfehler oder Gemüthsbewegungen, theils auf Entwickelung krankmachender, insbesondere fauliger Stoffe in den Geschlechtstheilen oder auf Uebertragung derselben vor, während oder nach der Geburt. Die zuletzt genannte Entstehungsweise (Infection) findet sowohl bei Fäulniß verhaltener Nachgeburtstheile Statt, als auch bei dem Gebrauch von nicht gehörig gereinigten Gegenständen, welche andere, insbesondere kranke Wöchnerinnen benutzt hatten z. B. Schwämme, elastische Katheter, Matrazen und andere Bestandtheile der Betten, oder bei dem Untersuchen Gebärender und Wöchnerinnen mit nicht gehörig gereinigten Händen (Ansteckung). Aus diesem Grunde erkranken bisweilen in dem Geschäftskreis einer Hebamme, oder in einer nicht sorgfältig überwachten Entbindungsanstalt mehrere Wöchnerinnen zugleich oder kurz nach einander. — Daß in manchen Fällen auch wohl mehrere der genannten Ursachen zusammenwirken können, ist nicht zu bezweifeln.

Bei der hohen Gefahr, welche die heftigeren Formen der Wöchnerinnenfieber, insbesondere die durch Uebertragung krankmachender Stoffe veranlaßten begleitet, ist es Pflicht der Hebamme, die erwähnten Ursachen möglichst zu vermeiden, vor Allem die größte Reinlichkeit an ihren Händen, und Klystierspritzen, sowie hinsichtlich der Betten u. s. w. zu beobachten. Das sorgfältige Abwaschen der Hände vor und nach dem Untersuchen, sowie das Auskochen der gebrauchten Katheter, Einspritzröhre u. dgl. ist nicht dringend genug zu empfehlen, und ganz unerläßlich, wenn eine Hebamme zugleich kranke und gesunde Kreissende und Wöchnerinnen zu besorgen hat. Schwämme dürfen nie von einer Kreissenden oder Wöchnerin auf andere übertragen und sollen, wenn auch neu, vor dem Gebrauch sorgfältig ausgekocht werden. Mit den Leichen von Wöchnerinnen soll die Hebamme sich nicht abgeben. — Bei rasch auf einander folgenden Erkrankungen von Wöchnerinnen in dem Geschäftskreis einer Hebamme hat sie, zu-

mal wenn Todesfälle eingetreten sind, während mehrerer Wochen ihre Thätigkeit einzustellen, und die sorgfältigste Reinigung ihrer Kleider und Instrumente vorzunehmen.

Eine erfolgreiche Behandlung der Kindbetterinnenfieber fordert ein im ersten Beginn der Krankheit eingeleitetes zweckmäßiges Einschreiten des Arztes. Daher ist es dringende Pflicht der Hebamme sogleich beim Auftreten der genannten Fiebererscheinungen die ärztliche Hülfe zu verlangen. Bis zur Ankunft des Arztes soll sie nur beruhigende, kühlende Dinge, wie Milch, Zuckerwasser, Mandelmilch, Wassersuppe, Limonade gestatten, dagegen alle reizenden Nahrungsmittel und Getränke wie Kaffee, Thee, Bier, Wein, erhitzende Umschläge u. dgl. verbieten, auch für eine mäßige Temperatur (15 -16° R.) und reine Luft im Wohnzimmer sorgen. Da jedoch die Gefahr der in Rede stehenden Krankheiten unleugbar durch die Furcht der Wöchnerin gesteigert wird, so darf die Hebamme derselben durchaus nicht die bedenkliche Lage, in welcher dieselbe sich befindet, andeuten, oder auch nur ahnen lassen, sondern sie muß vielmehr durch ein besonnenes Betragen und entsprechende Zusprache dieselbe zu beruhigen suchen.

§. 388.

2) Von dem Irrereden und den Geisteskrankheiten der Wöchnerinnen.

Das Irrereden, Phantasiren, welches bei Wöchnerinnen dann und wann ohne vorgängiges Kranksein auftritt, und auch wohl von Schimpfen oder Lachen begleitet wird, erscheint in der Mehrzahl der Fälle mit Fieber verbunden, und fordert alsdann von der Hebamme dasselbe, was in den vorhergehenden §§. gelehrt wurde.

Seltener stellt sich eine fieberlose Geisteskrankheit, und dann meist erst in den späteren Zeiten des Wochenbettes oder während der Säugung ein. Die Kranken sind dabei in der Regel nicht aufgeregt oder tobsüchtig (wie dieß jedoch nach einer heftigen Gemüthsbewegung auch wohl bemerkt wird); häufiger findet man dieselben insbesondere dann, wenn sie durch das Säugen des Kindes erschöpft werden, niedergeschlagen, still und vor sich hinbrütend, jedoch auch wohl geneigt, sich und ihrem Kinde das Leben zu nehmen. — In allen diesen Fällen muß die Hebamme auf baldige Herbeirufung des

Arztes bringen, und hat, bis dessen Anordnungen eintreffen, dafür Sorge zu tragen, daß die Kranke sorgfältig überwacht werde, damit sie sich oder dem Kinde einen Schaden nicht zufügen könne.

§. 389.

3) Von den Zuckungen der Wöchnerinnen.

Die während der Geburt aufgetretenen Zuckungen (§. 351—357) dauern bisweilen im Wochenbett fort; in anderen Fällen treten ähnliche Zuckungen aber erst im Wochenbett auf, und fordern in den Fällen, indem sie dieselbe Gefahr für das Leben der Mutter mit sich führen können, wie die unter der Geburt entstandenen Krampfanfälle, alle die an der genannten Stelle vorgeschriebenen Maaßregeln, insbesondere die sofortige Herbeirufung des Arztes.

§. 390.

4) Von den Blutungen aus den Geschlechtstheilen bei Wöchnerinnen.

Abgesehen von den bisweilen wenig Stunden nach Vollendung der Geburt — zumal nach vorgängigen krampfhaften Wehenstörungen (§. 370), oder bei der in Folge einer Ausdehnung der Harnblase durch Harnverhaltung (§. 374) bedingten mangelhaften Zusammenziehung der Mutterkuchenstelle, oder auch nach erheblicheren Einrissen in dem Muttermund und dem Mutterhals, oder in dem vorderen Umfang des Scheideneinganges neben der Harnröhrenmündung (§. 372) — auftretenden und wegen der bereits stattfindenden Erschöpfung der Neuentbundenen doppelt gefährlichen Gebärmutterblutungen, bei welchen die schleunigste Herbeirufung des Arztes und die strengste Beobachtung des §. 369—73 empfohlenen Verfahrens unerläßlich ist, soll hier noch von einigen den Wöchnerinnen eigenthümlichen, den sogenannten Spätblutungen besonders gehandelt werden.

1) Eine nicht allzu seltene Art der Gebärmutterblutung im Wochenbett besteht darin, daß, nachdem der Wochenfluß in den ersten Tagen stockte, oder nur wässerige Flüssigkeit ausfloß, unter einem bisweilen empfindlichen Stechen im Unterleib und merklicher Erblassung der Wöchnerin, welche sich matt und angegriffen fühlt, oder wohl sogar der Ohnmacht nahe kömmt, ein beiläufig faustgroßer,

mehr oder weniger veränderter Blutklumpen, etwa beim Aufsitzen zur Urin- oder Kothentleerung aus der Scheide abgeht, welchen man hie und da für eine Fleischmola ausgegeben hat. Diese Blutansammlung in der Gebärmutterhöhle, oder im Scheidengewölbe, welche sich häufiger bei Vielgebärenden und solchen Frauen findet, die während der Geburt des Kindes schon an fehlerhafter Wehenthätigkeit litten, wird bisweilen dadurch veranlaßt, daß größere Stücke der Eihäute in der Gebärmutter zurückblieben und den Muttermund verstopfen. Um diese Blutung zu verhüten, muß die Hebamme bei Entfernung der Nachgeburt mit besonderer Sorgfalt verfahren, und falls kleine Eihautreste zurückgeblieben sind, durch täglich zweimalige Ausspritzung der Scheide mit lauem Wasser oder Leinsamenthee mit einem Zusatz von Kreosotwasser den Abgang derselben zu befördern suchen. Sobald die Wöchnerin aber neben den erwähnten stechenden Schmerzen im Unterleibe zunehmende Schwäche und schnellen Puls zeigt, muß ohne Verzug ein Arzt zugezogen werden.

§. 391.

2) Andauernde, oder öfter wiederkehrende Blutflüsse im Wochenbett beruhen entweder

a) darauf, daß größere, oder kleinere Stücke des Mutterkuchens bei der Wegnahme desselben in der Gebärmutter verblieben sind (§. 379); in welchem Falle bisweilen der Abfluß übelriechend wird, und der Wöchnerin die doppelte Gefahr: der allmälig auftretenden Blutleere, wie der Fäulniß der Nachgeburt droht.

Um diesen Gefahren vorzubeugen, muß die Hebamme, wie schon §. 159 und 160 dringend empfohlen wurde, bei Entfernung der Nachgeburt möglichst vorsichtig zu Werke gehen, und dieselbe jedes Mal genau untersuchen, ob der Mutterkuchen auch vollständig sei. Da, wo dieß nicht der Fall ist, rufe sie ungesäumt einen Arzt herbei und lege demselben die aufbewahrte Nachgeburt vor. — Auch hier sind täglich wiederholte Einspritzungen von lauem Wasser oder Leinsamenschleim mit Zusatz von Kreosotwasser in die Scheide zu empfehlen.

§. 392.

b) Oder die Blutung ist die Folge einer späten, auch wohl erst am 6.—12. Tage, entweder nach einer heftigen Gemüthsbewegung, etwa ein Erschrecken, oder nach einer unvorsichtigen Anstrengung der

Bauchpresse, z. B. beim Ordnen der eigenen Kopfhaare, Heben des Kindes in unpassender Stellung, eingetretenen Erschlaffung der früheren Anheftungsstelle des Mutterkuchens. Bei dieser Spätblutung, welche bisweilen sehr reichlich und lebensgefährlich wird, auch wohl, nachdem sie stundenlang gestanden hat, wiederkehrt, gehen häufig mehr oder weniger empfindliche Schmerzen im Schooß und Kreuz vorher. Bei der inneren Untersuchung entdeckt man dabei bisweilen eine unebene Geschwulst im Muttermund (unvollkommene Umstülpung der Gebärmutter).

Bis zur Ankunft des Arztes, welche die Hebamme unverzüglich veranlassen muß, ordne sie eine ruhige, ebene Lage im Bette bei niedriger Temperatur des Zimmers und kühlendes Getränk (z. B. 20—40 Tropfen Hallers Sauer oder einen Theelöffel voll Citronensaft in einer Tasse Zuckerwasser) an, und mache im Nothfalle kalte Ueberschläge über die Geschlechtstheile und den Unterleib.

§. 393.

c) Minder heftig, aber desto andauernder pflegen die Blutabgänge dann zu sein, wenn die Gebärmutter in Folge mangelhafter Zusammenziehung je nach dem Sitz des Mutterkuchens an der vorderen oder hinteren Wand, auch wohl in Folge von unpassenden Anstrengungen, z. B. auf den Kopf-Greifen oder bei anhaltender Lage auf dem Rücken vorwärts- oder zurückgebeugt ist. Die Wöchnerinnen klagen dabei in der Regel über Beschwerden beim Stuhlgang, auch wohl beim Urinlassen, sowie über Aufgetriebenheit des Leibes und ein peinliches Gefühl in der Magengegend. Die Hebamme findet dann bei der inneren Untersuchung den aufgelockerten Scheidentheil entweder an die Schamfuge oder an das Kreuzbein angedrängt, davor über dem Scheidengewölbe oder dahinter in der Kreuzbeinaushöhlung den umgebeugten Mutterkörper. Die Zuziehung eines sachkundigen Arztes macht sich hier nicht allein um des, augenblicklich meist geringen, Blutabganges willen nöthig, sondern auch deßhalb, weil diese Lage- und Gestaltfehler der Gebärmutter einer Wöchnerin bei Vernachlässigung zu einem bleibenden Uebel werden, welches die Erscheinungen der Hysterie, des Magenkrampfes und der schmerzhaften monatlichen Reinigung, sowie Unfruchtbarkeit veranlassen kann. Bis zur Ankunft des Arztes hat die Hebamme der Wöchnerin die Seitenlage zu empfehlen.

§. 394.

5) Von den Schleimflüssen und dem Scheiden- und Gebärmuttervorfall bei Wöchnerinnen.

Eine lästige Erscheinung in den späteren Tagen des Wochenbettes ist ein längere Zeit fortdauernder Abgang von eiterigem Schleim aus den Geburtstheilen, weißer Fluß, welcher von Einrissen und Wundsein, oder auch wohl von Geschwüren am Muttermunde oder in der Scheide herrührt. Die damit Behafteten klagen meist über einen mehr oder weniger lebhaften Schmerz im Kreuz, ein Gefühl von Abwärtsdrängen und Pressen, sowie eine beträchtliche Erschöpfung und Mattigkeit, zumal beim Gehen. Verschwindet dieses Leiden nicht bald, so läuft die Wöchnerin, zumal wenn sie sich anstrengenden Arbeiten, z. B. Heben und Tragen aussetzt, Gefahr, einen Vorfall der Scheide und der Gebärmutter zu bekommen. Zu dem ersteren, und zwar dem Vorfall der vorderen Scheidenwand ist die Anlage schon während der Schwangerschaft dadurch gegeben, daß die vordere Scheidenwand mit der Harnblase von der hochschwangeren Gebärmutter herabgedrängt wird, und nicht selten Monate lang als faltiger Wulst während der letzten Zeit der Schwangerschaft im Scheideneingang gefühlt wird. (§. 69). — Der Vorfall der Gebärmutter, welcher gewöhnlich auf einer Verlängerung des Mutterhalses beruht, ist häufig erst die Folge des Scheidenvorfalls und der mangelhaften Rückbildung dieser Theile im Wochenbett. Heftige Anstrengungen innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt, z. B. beim Stuhlgang, können diesen Fehler plötzlich verschlimmern.

§. 395.

Da der Scheiden- und Gebärmuttervorfall ein sehr lästiges und folgenreiches Leiden ist, dessen vollständige Heilung nur in der ersten Zeit nach seinem Entstehen gelingt, so ist es eine wichtige Pflicht der Hebamme, alles aufzubieten, um dieses Uebel zu verhüten. Dieß geschieht theils dadurch, daß die Wöchnerin hinlänglich lange nach der Geburt, d. h. so lange, als ein blutiger Abgang stattfindet, im Bette oder auf dem Sopha liegt, und sich alles Pressens und Drängens enthält, während durch Klystiere u. s. w. dafür gesorgt wird, daß der Stuhlgang vom dritten Tage an regelmäßig erfolgt,

theils dadurch, daß man die Scheide der Wöchnerin, zumal wenn ein eiterig-schleimiger Abgang aus den Geschlechtstheilen sich einstellt, täglich mit lauem Wasser oder Leinsamenschleim, welchem vom vierten Tage an jedes Mal ein Eßlöffel voll Bleiwasser beigemischt werden kann, später mit kaltem Salbeithee oder Eichenrindenabkochung mittelst des Mutterrohrs ausspritzt. Sollte hierbei der Schleimfluß nicht aufhören, oder die Wöchnerin über Schmerzen im Kreuz und Abwärtsdrängen klagen, so muß ein Arzt herbeigerufen werden, vorzüglich dann, wenn sich bereits eine Senkung der vorderen oder hinteren Scheidenwand oder der Gebärmutter bei der inneren Untersuchung entdecken läßt.

§. 396.

6) Von den Anschwellungen der äußeren Geschlechtstheile, der Blutgeschwulst und den entzündeten Hämorrhoidalknoten am After.

1) Die entzündliche Anschwellung der großen und kleinen Schamlippen, bei welcher häufig nur die eine kleine Schamlefze als eine blaßrothe Geschwulst zwischen den großen hervorragt, ist in der Regel bedingt durch Geschwüre des Scheideneinganges, oder der Scheide, welche aus den unter der Geburt entstandenen Einrissen oder Abschürfungen während des Wochenbettes unter dem Einflusse einer krankhaften Absonderung der Scheide oder Gebärmutter oder einer Infection sich entwickeln.

Sobald diese entzündlichen Anschwellungen, welche sich dadurch auszeichnen, daß die geschwollenen Theile mehr oder weniger hellroth, und gegen Berührung empfindlich erscheinen, mit Fieber (d. h. mit schnellem Puls, heißer Haut, Kopfweh, allgemeinem Unwohlsein, Schlaflosigkeit u. s. w.) verbunden sind, hat die Hebamme sofort den Arzt herbeiholen zu lassen.

Bestehen jene Anschwellungen ohne Fieber, so verlieren sie sich in der Regel, sobald als jene Einrisse oder Geschwüre geheilt sind; diese Heilung befördert man durch die mehrfach empfohlenen Einspritzungen von lauem Wasser oder Leinsamenthee mit Zusatz von einem Eßlöffel voll Bleiwasser mittelst des Mutterrohrs und durch Bleiwasseraufschläge.

§. 397.

2) Weit seltener kommt die Blutgeschwulst der Schamlippen zur Beobachtung. Dabei erscheint in der Regel bald nach der Geburt die eine große Schamlippe hühnerei- bis faustgroß, dunkelblauroth, heiß und hart. Unter meist sehr heftigen Schmerzen nimmt diese Geschwulst rasch zu, sogar bis zu Kindskopfgröße, oder berstet und ergießt dann flüssiges und geronnenes Blut. In einzelnen Fällen breitet sich der Bluterguß unter der umliegenden Haut, ja selbst bis auf die Hinterbacken aus, und kann dann durch ausgedehnte, brandige Zerstörung den Tod der Wöchnerin herbeiführen. Sobald die Hebamme eine solche Blutgeschwulst entdeckt, muß sie den Arzt schleunigst rufen lassen, und inzwischen durch kalte Umschläge von Essig und Wasser die weitere Entwickelung derselben zu beschränken suchen.

3) Hämorrhoidal- oder Goldaderknoten nennt man erbsen- bis pflaumengroße röthliche oder bläuliche Zacken an der Afteröffnung. Gewöhnlich belästigen dieselben wenig, allein bisweilen entzünden sie sich bei Wöchnerinnen, schwellen dann beträchtlich an und verursachen sehr heftiges Brennen und den Schlaf raubende Schmerzen. Der Gebrauch reizender Klystiere (z. B. mit Salz) zur Beseitigung der in den ersten Tagen des Wochenbetts gewöhnlich Statt findenden Stuhlverstopfung verschlimmert den Zustand und muß daher hier vermieden werden. Klystiere mit Ricinusöl sind dagegen zu empfehlen. Das Aufschlagen von Leinwandbäuschchen mit Bleiwasser, oder mit frischer Zinksalbe mildert in der Regel die Beschwerden, welche überall, wo Fieber zugegen ist, die Hülfe des Arztes verlangen.

§. 398.

7) Von dem Damm- oder Mittelfleischriß.

Entdeckt die Hebamme bei der nach jeder Geburt sofort vorzunehmenden Besichtigung der äußeren Geschlechtstheile (zu welchem Zweck die Seitenlage mit angezogenen Knieen zu empfehlen ist), daß der Damm bis an den After oder bis in den Mastdarm hinein zerrissen (§. 154), oder daß, wie es in seltenen Fällen geschieht, das Kind durch eine neu entstandene, meist zackige Oeffnung im Damm (Centralriß des Mittelfleisches) ausgetreten sei, so muß sie sofort die

Herbeirufung eines Arztes verlangen, da dergleichen Einrisse, zumal falls der Mastdarm selbst verletzt worden, höchst bedenkliche Zufälle, wie z. B. das Unvermögen die Winde oder den Koth zu halten, zu hinterlassen pflegen. Bis der Arzt seine Anordnungen treffen kann, mag die Hebamme der Entbundenen eine ruhige Lage auf der Seite anrathen.

§. 399.

8) Von den Harnbeschwerden der Wöchnerinnen.

a) Harnverhaltung. Abgesehen von dem nicht allzu seltenen Unvermögen mancher Frauen in der wagerechten Lage, z. B. auf dem Unterschieber den Harn zu entleeren, beobachtet man in den ersten Tagen des Wochenbettes bisweilen, daß Frauen trotz eines mehr oder weniger lebhaften Bedürfnisses zum Urinlassen denselben auch in sitzender Stellung nicht lassen können. Es ist dies in den ersten Tagen nach der Geburt meist die Folge der Quetschung, welche der untere Theil der Harnblase und die Harnröhre beim Durchgang des Kindes durch das Becken erlitten hat. Tritt die Harnverhaltung erst später auf, so findet entweder eine aus einem oberflächlichen Hautriß hervorgegangene Entzündung mit Geschwürsbildung in der Nähe der Harnröhrenmündung, oder am Muttermunde und dem Scheidengewölbe statt.

In der Regel stellt sich dann eine empfindliche Ausdehnung der Harnblase ein, welche man als eine länglich runde Geschwulst über der Schamfuge hinter den Bauchdecken vor oder neben der Mutterkugel fühlt. — Bei der hohen Gefährlichkeit dieses Leidens (vergl. auch §. 390) hat die Hebamme, wie schon früher bemerkt, täglich die Wöchnerin zu fragen, ob sie den Urin gelassen habe oder nicht, und im letzteren Fall, den Leib nach jener Anschwellung der Harnblase zu befühlen. Findet sie diese Geschwulst hinter den Bauchdecken, so muß sie sofort einen Arzt herbeirufen lassen, falls es ihr nicht gelingt, durch sanfte Reibungen des Unterleibs oder durch vorsichtige Einführung des Katheters (§. 421) die Harnentleerung zu bewirken. Dasselbe wird nöthig, wenn die Harnverhaltung sich wiederholt, oder, wie bisweilen, erst in den späteren Tagen des Wochenbetts auftritt.

§. 400.

b) Unwillkührlicher Harnfluß. Im entgegengesetzten Falle geht der Urin ohne Wissen der Wöchnerin ab. Alsdann empfindet

dieselbe kein Bedürfniß, den Harn zu entleeren, während die Unterlagen stets durchnäßt, auch wohl von zersetztem Blut grün gefärbt erscheinen, und durch den auffallenden Harngeruch den Fehler kundgeben. Bei diesem Leiden, welches bisweilen erst in den späteren Tagen des Wochenbettes, ja sogar erst um den 10. bis 14. Tag eintritt, und gewöhnlich auf einer durch Quetschung bei engem Becken u. s. w. (§. 306) veranlaßten Zerstörung der Scheidewand zwischen Blase und Mutterscheide, einer sogenannten Blasenscheidenfistel, beruht, hat die Hebamme sofort ärztliche Hülfe zu verlangen, zunächst aber durch sorgfältiges Ausspritzen und Abwaschen der äußeren Geschlechtstheile u. s. w. sowie durch häufigen Wechsel der Unterlagen dem schmerzhaften Wundsein und anderen üblen Folgen vorzubeugen.

§. 401.

9) Von dem Wundsein und den Schrunden der Brustwarzen.

Ein sehr häufiges Leiden der Säugenden, vorzugsweise solcher Frauen, welche früher an Hautausschlägen litten, ist das Wundwerden der Brustwarzen, welches bei Vernachlässigung in kleine Geschwürchen und Risse, Schrunden, übergeht und häufig Ursache der Brustdrüsenentzündung und Vereiterung wird, oder die Frauen zwingt, die Kinder abzugewöhnen, weil die dadurch veranlaßten Schmerzen sogar zu Krämpfen und Irrereden mit Fieber führen können.

Die Hebamme hat deßhalb nicht allein diesem Wundwerden in der §. 103 angegebenen Weise vorzubeugen, sondern auch, sobald sie diesen Fehler entdeckt, durch Aufschlagen von verdünntem Bleiwasser und selteneres Anlegen des Kindes, sowie durch den Gebrauch eines Warzenhütchens aus Kautschuk bei dem Anlegen des Kindes die Heilung derselben zu befördern, jedoch, wo dieses nicht binnen zwei Tagen gelingt, ärztliche Hülfe zu verlangen

§. 402.

10) Von der Entzündung und Vereiterung der Brustdrüsen.

Nach der Einwirkung einer Erkältung, insbesondere einer Durchnässung oder nach heftigen Gemüthsbewegungen werden vorzüglich solche Mütter, welche an Schrunden der Brustwarzen bereits leiden, sehr häufig von Entzündungen der einen oder anderen Brustdrüse

heimgesucht. Selten erscheint die Brust sofort unter lebhaften Brennen angeschwollen und geröthet, wie beim Rothlauf. Gewöhnlich bildet sich unter mehr oder weniger lebhaften Schmerzen eine harte Stelle, über welcher die Haut sich röthet. Nach kürzerer oder längerer Zeit bricht die Haut auf, und es fließt aus der Oeffnung nicht selten eine beträchtliche Menge von Eiter aus.

Da die Brustdrüsenentzündungen nicht allein zu den schmerzhaftesten Leiden im Wochenbette gehören, sondern auch die davon Befallenen schwächen und erschöpfen, ja selbst in einzelnen Fällen deren Leben bedrohen, hat die Hebamme, sobald als sie den Anfang dieser Entzündung bemerkt, den Arzt herbeirufen, bis dieser herbeikommt aber kühle Umschläge mit Bleiwasser fleißig machen zu lassen und sich den üblichen Quacksalbereien, wodurch das Uebel noch schlimmer zu werden pflegt, auf das Bestimmteste zu widersetzen.

IV. Abschnitt.

Von einigen krankhaften Zuständen der Neugeborenen.

§. 403.

1) Von dem Scheintod der Neugeborenen.

Neugeborene, welche sich nicht bewegen, nicht schreien, nicht athmen, nennt man *scheintodt*, so lange sie nicht die Zeichen längeren Abgestorbenseins, wie eine ausgedehnte Abstoßung oder Verschrumpfung der Oberhaut zeigen (§. 384). Die scheintodten Kinder sehen gewöhnlich blaß, weit seltener blauroth aus, lassen die Glieder schlaff herabhängen; minder häufig sind die Glieder starr und steif.

Die Ursachen des *Scheintodes* bestehen theils in einer Ansammlung von Schleim, Fruchtwasser u. dergl. in dem Schlund, der Luftröhre und deren Verzweigungen in den Lungen, theils in einer Blutanhäufung in den Adern der Hirnhäute oder auch in einem Bluterguß in der Schädelhöhle. Die Veranlassung zum Scheintod ist bald ein Druck auf die Nabelschnur oder auf die Halsadern der Frucht (z. B. bei dem zuletztkommenden Kopf oder bei Gesichtslagen), bald eine ausgebreitete Abtrennung des Mutterkuchens vor Austritt des Kindes, bald ein längeres Innestehen des Kindskopfes in den

Geburtswegen der Mutter; in dem letzteren Fall findet sich die vorgelegene Stelle mit einer beträchtlichen Kopfgeschwulst bedeckt.

Obschon der Scheintod eines Neugeborenen stets ein bedenklicher Zustand ist, und leicht in den wirklichen Tod übergeht, so darf man die Hoffnung, das Kind zu retten doch nicht aufgeben, so lange noch der Puls in der Nabelschnur oder der Herzschlag gefühlt, oder die Herztöne mit dem auf die Brust aufgelegten Ohr, wenn auch nur einzeln und aussetzend, gehört werden. Die Hoffnung wächst, sobald sich einzelne, anfangs vielleicht nur zuckende Bewegungen im Gesicht oder an den Gliedern oder eine Veränderung der Hautfarbe zum Röthlichen einstellen.

§. 404.

Die Verhütung des Scheintodes wird der Hebamme oft dadurch gelingen, daß sie zur rechten Zeit z. B. bei Verlangsamung der Herztöne der Frucht während der Austreibungsperiode, oder bei dem Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur, oder wenn sich eine beträchtliche Geschwulst an dem vorliegenden Theil bildet, so wie bei Becken- oder Gesichtslagen, u. s. w. die Hülfe des Arztes verlangt. Ist das Kind aber scheintodt geboren, so hat sie zwar auch den Arzt herbeiholen zu lassen, allein sofort mit dem wiederholt in die Mund- und Schlundhöhle tief eingeführten kleinen Finger den dort vorhandenen Schleim und das Fruchtwasser nebst dessen Beimengungen, sogen. Kindspech und Käseschleim, zu entfernen. Noch erfolgreicher geschieht dieß dadurch, daß man unter der Leitung des bis zum Eingang des Kehlkopfs, der Stimmritze, vorgeschobenen Zeigefingers ein am unteren Ende offenes, sorgfältig abgerundetes elastisches Röhrchen (ähnlich einem elastischen Katheter) in die Luftröhre tief hineinschiebt und die dort befindlichen Flüssigkeiten mit dem Munde aussaugt. Alsdann bringt man das Kind, dessen Nabelschnurrest in der §. 157 angegebenen Weise sorgfältig unterbunden sein muß, in ein mäßig (28° R.) warmes Bad (§. 205), reibt den Rücken und bewegt die Glieder, besprengt oder begießt aus einer gewissen Höhe den Kopf, die Brust oder den Nacken mit kaltem Wasser. Ist die Haut rothblau, so darf das Bad nicht so warm sein, auch mache man in diesem Falle kalte Wasserumschläge um den Hinterkopf und den Nacken. Nachdem das Baden und Reiben einige

Minuten fortgesetzt ist, lege man das Kind auf eine gewärmte wollene Windel, reibe dasselbe vorsichtig ab, gebe mit der flachen Hand oder mit einem nassen Tuche einige Schläge auf den an den Beinen emporgehobenen Hintern, oder kitzele mit einem in die Nase oder den Mund eingeführten Federbarte das Gaumensegel. Treten die Athembewegungen noch nicht oder unvollkommen ein, so bringe die Hebamme das Kind, auch wohl nachdem sie dasselbe in der Luft einige Mal auf und ab geschenkt hat, von Neuem in ein warmes Bad und und lasse die Fußsohlen und Händchen mit einer weichen Bürste von einer Gehülfin bürsten. Athmet das scheintodte Kind noch nicht, so tauche man dasselbe auch wohl für einen Augenblick in ein Gefäß mit kaltem Wasser, bringe es hierauf aber sofort wieder in das warme Bad. Nachdem sodann das Kind auf ein Kissen gelegt und abgetrocknet ist, wende man den Körper desselben mit dem einen ausgestreckten und emporgezogenen Aermchen wiederholt langsam bald auf den Rücken, bald auf die Brust, und wechsele nach einiger Zeit den Arm, mit welchem man den Körper hin und her wendet. — Ein Klystier von Kamillenthee mit etwas Essig ist bisweilen dann auch noch von Nutzen.

§. 405.

Tritt eine Veränderung der Hautfarbe ein, werden insbesondere die blassen Wangen röther, vermindert sich die Schlaffheit der Gliedmaaßen und der Wangen, entdeckt man ein wiederkehrendes Klopfen in der Nabelschnur, oder den Herzschlag an der Brustwand, zeigen sich, wenn auch nur kurze und vorübergehende Athmungsversuche oder Zuckungen der Lippen, Oeffnen der Augenlider, Bewegungen der Glieder, so ist die Hebamme verpflichtet, die Belebungsversuche stundenlang fortzusetzen. — Bleibt dagegen das Kind trotz der umsichtig und anhaltend fortgeführten Rettungsversuche regungslos, wird die Mundhöhle kälter, klafft der After, hängen nicht blos die Glieder, sondern auch der Unterkiefer schlaff herab, so ist das Kind für todt zu erachten.

Bei allen so eben empfohlenen Belebungsversuchen muß die Hebamme nicht stürmisch, sondern ruhig und besonnen zu Werke gehen, auch wohl dieselben nach zeitweisen Pausen, während welcher sie das scheintodte Kind in ein warmes Tuch gehüllt, an eine warme Stelle legt, wieder aufnehmen.

§. 406.

2) Von der Kopfblutgeschwulst der Neugeborenen.

Von der bei länger dauernden Geburten auftretenden Anschwellung des vorliegenden Kindestheils, am häufigsten des Kopfes, der §. 115 beschriebenen Kopfgeschwulst (gegen welche man nicht nöthig hat, etwas zu unternehmen, da sie nach wenigen Stunden verschwindet, während bei etwaigen nassen Umschlägen leicht Eiterung vorhandener wunder Hautstellen entsteht), hat die Hebamme eine Anschwellung zu unterscheiden, welche in der Regel erst einige Stunden, oder sogar Tage nach der Geburt auf dem einen oder anderen Scheitelbein, sehr selten auf dem Stirn- oder Hinterhauptsbein merklich hervortritt.

Bei dieser auf einem Bluterguß unter der Beinhaut der Schädelknochen beruhenden Kopfblutgeschwulst muß die Hebamme ebenso wie bei allen anderen länger andauernden Geschwülsten am Kopfe ärztliche Hülfe verlangen, obschon jene Blutgeschwülste, wenn sie klein sind, bisweilen auch ohne Zuthun der Kunst nach längerer Zeit verschwinden, sich zertheilen.

Wesentlich verschieden von diesen Geschwülsten am Kopfe der Neugeborenen und nicht mit der so eben beschriebenen zu verwechseln ist der sogen. Hirnbruch, eine weiche Geschwulst, welche meist in der Gegend der Fontanellen und Nähte sich zeigt, und bisweilen so groß ist, daß sie den Anschein eines doppelten Schädels gewährt.

§. 407.

Von den Nabelblutungen und der Nabelfäulniß.

Die Blutungen aus dem am Kinde verbliebenen Nabelschnurrest sind, wenn sie in den ersten Stunden nach der Geburt eintreten, immer die Folge einer fehlerhaften Unterbindung, oder Wiederabstreifung des um den Nabelschnurrest gelegten Bändchens, verlangen daher sofort eine Erneuerung und Vervollständigung der Unterbindung.

In einzelnen Fällen, in welchen der Nabelschnurrest nicht, wie gewöhnlich, vertrocknet, sondern fault, wird nach einigen Tagen eine meist übelriechende, blutig schmierige Flüssigkeit aus demselben abgesondert. Hier besteht in der Regel eine Entzündung der Nabelblutadern hinter den Bauchdecken, und die Hebamme ist um so dringender verpflichtet, den Arzt herbeizurufen, je gefährlicher gleich-

zeitig die Einwirkung des faulenden Nabelschnurrrestes auf die umliegenden Bauchdecken werden kann. Denn bisweilen folgt eine brandige Zerstörung dieser Hautpartie, welche zum Tode führt, und welche durch das hier unerläßliche fleißige Aufstreuen von Trudenmehl und öfteres Einschlagen des faulenden Nabelschnurrestes in reine mit Talg bestrichene leinene Läppchen nicht immer verhütet wird.

§. 408.

4) Von der Entzündung und Vereiterung des Nabels und dem Nabelschwamm.

Die Abstoßung des Nabelschnurrestes wird immer durch eine oberflächliche Entzündung der Nabelgrube bewirkt. Bisweilen entsteht jedoch ein weiter rother Hof um dieselbe, und die Nabelgrube verwandelt sich in ein Geschwür, wodurch das Leben des Kindes in Gefahr geräth, wenn auch in manchen Fällen nach Ausstoßung von beiläufig einem Theelöffel voll Eiter aus den Nabelgefäßen die Gesundheit wieder hergestellt werden kann. Auch hier muß unverzüglich der Arzt zu Rathe gezogen werden, und die Hebamme kann nur durch Reinlichkeit und durch Auflegen von einem in Oel getauchten, oder mit Talg bestrichenen leinenen Läppchen die Heilung begünstigen.

Bei der verzögerten Ausheilung der Nabelgrube hinterbleibt dann und wann ein wucherndes, etwas Eiter absonderndes, aber auch leicht blutendes Knötchen, der sogenannte Nabelschwamm, welcher Wochenlang fortbesteht, und bisweilen eine geringe Blutung oder Eiterabsonderung unterhält. Wenn durch fleißiges Auflegen eines mit Hirschtalg bestrichenen Läppchens, oder durch Aufstreuen von gepulvertem Zucker diese Wucherung nicht schwindet, so muß statt aller weiteren Eingriffe der Arzt zu Hülfe gerufen werden.

§. 409.

5) Von dem Rothlauf der Neugeborenen.

Der Rothlauf der Neugeborenen wird in der Regel durch eine Nabelgefäßentzündung bedingt. Er zeigt sich gewöhnlich zuerst am unteren Theile des Bauchs und an den Schamtheilen als eine heiße, rothe, etwas empfindliche Anschwellung, welche sich in einzelnen Fällen

von selbst verliert, nachdem eine durchsichtige, wässerige Geschwulst der äußeren Geschlechtstheile aufgetreten und eine geringe Menge Eiter aus den Nabelgefäßen entleert war. In anderen Fällen breitet sich die Röthe nach und nach über die Untergliedmaaßen, sogar über den ganzen Körper aus, und endigt dann und wann mit Bildung von Eiterheerden in den Weichen, oder an den Schamtheilen oder an verschiedenen anderen Theilen des Körpers, insbesondere an den Ferſen, Ellbogen oder an der Schulter.

Bei dieser das Leben bedrohenden Krankheit muß der Arzt sofort gerufen werden, und die Hebamme hat zunächst nur die gerötheten und geschwollenen Stellen mit Baumwolle (Watte) zu bedecken, um sie gegen einen schmerzerregenden Druck zu schützen.

§. 410.

6) Von den Zuckungen und dem Starrkrampf der Neugeborenen und Säuglinge.

Die von den Laien nicht selten für besonders gefährlich gehaltenen, mit Schreien verbundenen, unwillkürlichen Bewegungen der Glieder, namentlich das Strecken und Stoßen der Beine mit Verzerren des Gesichts und Verdrehung der Augen beruhen in der Regel auf Blähungserzeugung und einem Krankſein der Darmschleimhaut; diese sogen. Krämpfe sind gewöhnlich durch Klystiere von Kamillenthee nebst dem Auflegen von einem mit Muscatbalsam bestrichenen wollenen Fleck zu beseitigen. Gelingt dieß nicht bald, so soll man den Arzt zu Rath ziehen.

Davon wesentlich verschieden sind diejenigen stoßweise auftretenden Zuckungen der Glieder und der Gesichtsmuskeln, bei welchen das Kind still liegt, nicht schreit, auch wohl Schaum vor dem Mund bekömmt. Denn diese Krämpfe beruhen auf einer Erkrankung der Gehirn- oder Rückenmarkshäute, welche theils in Folge eines Druckes auf den Schädel (z. B. bei schweren Entbindungen mit der Zange oder bei der Geburt durch ein enges Becken oder bei dem sogenannten weichen Hinterkopfe der Kinder), theils in Folge von Erkältungen eintritt. Sie sind viel gefährlicher als die vorher erwähnten und können schon nach 12 Stunden zum Tode führen.

Bei diesen Zuckungen oder Krämpfen hat daher die Hebamme sofort den Arzt rufen zu lassen, und kann bis zu dessen Ankunft

nur etwa durch ein Klystier, oder ein mit Sauerteig oder Mehl gemischtes Senfpflaster, welches sie um die Füßchen schlägt, eine vorläufige Ableitung bewirken.

§. 411.

Eine besondere Art von Krämpfen der kleinen Kinder ist der Kinnbackenkrampf, welcher bisweilen in den Starrkrampf übergeht. Diese gewöhnlich zum Tode führende Krankheit, welche in der Regel nur innerhalb der ersten 10 Tage auftritt, und meist mit einer fehlerhaften Abheilung des Nabels im Zusammenhang steht, kündigt sich an: durch ein leises, heiseres Schreien, Hitze des Rückens und Kopfes, und Unvermögen an der Brust zu saugen. Versucht man den Zeigefinger in den Mund zu führen, so findet man, daß der Unterkiefer an den Oberkiefer fest angedrückt, oder unbeweglich ist. Auch hier muß die Hebamme ungesäumt ärztliche Hülfe suchen.

§. 412.

7) Von der Augenentzündung der Neugeborenen.

Innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt stellt sich bisweilen eine vermehrte Absonderung einer anfangs wässerigen, auch wohl blutigen Flüssigkeit hinter den Augenlidern ein, wodurch deren Ränder nach längerem Schlaf verklebt erscheinen. Dabei werden die Lider des betreffenden Auges bisweilen lebhaft geröthet und schwellen nicht selten beträchtlich an. Nach kurzer Zeit wird die Absonderung dick, eiterig, und es kann, wenn nicht die rechte Hülfe geleistet wird, zur Geschwürbildung auf der Hornhaut, und zur Zerstörung des Auges kommen. Die Mehrzahl der sogenannten Blindgeborenen ist erst durch diese Augenentzündung so unglücklich geworden.

Bei dieser gefährlichen Erkrankung reicht das fleißige Auswaschen der Augen mit reinem Wasser nicht aus; vielmehr muß die Hebamme, sobald sie eine erhebliche Röthung und Anschwellung der Augenlider oder eine eiterige Absonderung wahrnimmt, die sofortige Herbeirufung eines Arztes verlangen, und sich bei diesem höchst bedenklichen Uebel eigener Anordnungen bis auf solche, welche das Reinhalten zum Zweck haben, enthalten.

§. 413.

8) Von der Entzündung der Brüste der Neugeborenen.

Nicht allzu selten bemerkt man bei kleinen Kindern, sowohl Knaben, wie Mädchen, härtere, empfindliche Stellen in der einen oder in beiden Brustdrüsen. Diese Knoten zertheilen sich nur ausnahmsweise, und werden jedenfalls durch Drücken daran, wie es unverständige alte Weiber rathen, verschlimmert. In der Regel bilden sich dann Eiterherde, welche aufbrechen, und häufig zu späteren, für Mutter höchst nachtheiligen Verunstaltungen der Warzen führen.

Wo die Hebamme eine derartige Brustdrüsenentzündung bemerkt, hat sie ein Läppchen, mit mildem Oel oder Hirschtalg bestrichen auf die geröthete Stelle und darüber Watte zu legen, und wenn darauf keine Besserung eintritt, den Arzt um Rath zu fragen, alles Drücken der kleinen Geschwulst aber zu verbieten.

§. 414.

9) Von den Hautausschlägen und dem Wundsein der Neugeborenen und Säuglinge.

Abgesehen von den bei Säuglingen sehr selten vorkommenden Masern, Scharlach und den durch die Blatternimpfung zu verhütenden Menschenblattern, beobachtet man in diesem Lebensalter

a) Frieſel, d. h. kleine durchsichtige Bläschen oder rothe Knötchen als Folge von übertriebenem Warmhalten, daher vorzugsweise im Gesicht und an den Aermchen solcher Kinder, die anhaltend neben der schwitzenden Mutter im Bette liegen. Gegen dieses Frieſel, welches ohne Gefahr ist, hat man nichts zu thun, als die Ursache zu vermeiden.

b) Bei manchen Neugeborenen schießen einzelne größere, bis erbsengroße, mit molkiger, oder eiteriger Flüssigkeit gefüllte Blaſen im Gesicht oder auch sonst am Körper auf. Wenn diese Schälblaſen, welche man mit Watte bedeckt, nicht bald vertrocknen, sondern in Geschwüre übergehen, oder immer von Neuem wieder hervorschießen, ist ärztliche Hülfe nothwendig.

c) Ein häufiger, die Säuglinge durch Jucken u. s. w. quälender Ausschlag ist der im Gesicht, meist zunächst auf den Wangen auftretende Milchſchorf, welcher bei einer stärkeren Entwickelung die Wangen und das übrige Gesicht mit einer grünlichen Kruste bedeckt. —

Wo die Anfänge dieses Schorfes als kleine zusammenstehende Bläschen sich zeigen, mag man durch fleißiges Baden in einem Aufguß von Stiefmütterchen- oder Freisamkraut, und Veränderung der Nahrung des Kindes, namentlich durch einen Wechsel der Amme der weiteren Entwickelung vorbeugen. Gelingt dieß nicht, so verweise die Hebamme die Eltern des kleinen Kranken an den Arzt.

d) Die so häufige Bildung eines anscheinend trockenen Grindes auf der behaarten Kopfhaut wird in der Regel durch fleißiges Waschen und Baden verhütet, und durch Einreiben mit Nußöl beseitigt. Sollte dieses Uebel sich stärker entwickeln und hartnäckig werden, so soll man den Arzt um Rath angehen.

e) An den tieferen Falten der Haut, z. B. in der Weichengegend oder am Halse entsteht nicht selten, zumal bei wohlgenährten Kindern, und noch häufiger bei solchen, die nicht reinlich gehalten werden, das oft sehr empfindliche, und bisweilen in Geschwüre ausartende Wundsein. Obschon unzweifelhaft das eine Kind eine größere Anlage zu diesem Uebel zeigt, als das andere und eine unpassende Nahrung, namentlich ungesunde Mutter- oder Ammenmilch dessen Entstehung begünstigt, so kann dasselbe doch in der Mehrzahl der Fälle durch Reinlichkeit, häufigen Wechsel der Windeln, fleißiges Auswaschen und Baden verhütet und beseitigt werden. Sollte trotzdem das Wundsein fortbestehen, so möge der Arzt zu Rathe gezogen werden. In der Regel ist dann die Ernährungsweise zu ändern.

§. 415.

10) Von dem Soor oder dem Mehlmund der Kinder.

Bei kleinen Kindern zeigen sich nicht selten einzelne kleine, stecknadelkopfgroße, weiße Flecken auf der Zunge, auf der Innenfläche der Lippen, der Backen und am Zahnfleisch; die übrige Schleimhaut des Mundes ist geröthet. Die Kinder sind dabei meist unruhig, schreien viel, und vermögen nicht regelmäßig zu saugen. Man nennt diese Flecken Schwämmchen, Soor oder Mehlmund. Dieselben verschwinden oft nach einigen Tagen von selbst, erzeugen sich aber auch häufig wieder; ja sie bilden in schlimmen Fällen sogar einen zusammenhängenden gelblichen oder bräunlich-weißen Ueberzug des Gaumens, und endlich der ganzen Mundhöhle. Häufig gesellt sich Durchfall grüner, gehackter oder schleimiger Massen, bisweilen auch Erbrechen hinzu. In diesem Fall kann die Krankheit das Leben bedrohen.

Die Schwämmchen entstehen am häufigsten bei unpassender Ernährung des Kindes z. B. bei dem Darreichen von sauer gewordener Milch, oder eines in Gährung übergegangenen Semmel- oder Zwiebackbreies, deshalb sehr häufig beim Gebrauch der sogen. Zulper oder Schnuller, wenn nicht die äußerste Vorsicht und Reinlichkeit angewendet wird.

Die Hebamme hat vor Allem durch sorgfältige Anweisung in Betreff der Ernährung des Kindes der Entstehung der Schwämmchen vorzubeugen. Wenn dieß nicht gelingen sollte, so wird sie besser thun, ein entsprechendes Mittel dagegen vom Arzt verschreiben zu lassen, als den gewöhnlichen, in Apotheken vorräthig gehaltenen, nicht selten sauer gewordenen Boraxsaft zu verordnen. Dringend nothwendig ist die ärztliche Hülfe, wenn sich Durchfall oder Erbrechen und Hitze hinzugesellen sollten.

§. 416.

11) Von dem Erbrechen und dem Durchfall der kleinen Kinder.

Das sofortige Wiederausspeien der unveränderten, vielleicht in Uebermaaß aus der Brust gesogenen Milch ist ohne Gefahr. — Dagegen deutet das Erbrechen eines geronnenen, sauer oder ranzig riechenden Mageninhaltes auf eine Krankheit des Magens, welche bald durch das Darreichen von zu heißem oder zu kaltem Getränk (wenn dasselbe bei der künstlichen Auffütterung nur mit den Lippen oder der Zunge, nicht mit den Augenlidern oder dem Thermometer geprüft wurde), bald durch verdorbene, in Gährung übergegangene Nahrung, bald durch Erkältung veranlaßt wird. Diese Erkrankung fordert den Beistand des Arztes, wenn es nicht alsbald gelingt, das Erbrechen durch Einflößen eines dünnen Salep- oder Haferschleimes, oder eines leichten Theeaufgusses von kleinen, deutschen Kamillen, Königskerzen oder Feldthymian zu beseitigen. Die Herbeirufung eines Arztes wird aber doppelt nothwendig, wenn sich neben dem Erbrechen vermehrte Wärme der Haut zeigen sollte; ebenso bei dem, Neugeborene bisweilen befallenden Bluterbrechen. —

Weit häufiger werden kleine Kinder in Folge derselben Ursachen vom Durchfall heimgesucht, d. h. von häufigen, schleimigen oder wässerigen, gelben, oder grün gefärbten, auch wohl gehackter Milch gleichenden Kothausleerungen, welche oft mit mehr oder weniger heftigen Zwängen auftreten, und dann auch wohl mit Blut gemischt sind (Ruhr der Säuglinge). Die Kinder sind dabei meist unruhig, schreien viel, zeigen Hitze; bei einiger Dauer magern sie rasch

ab, und können auf diese Weise in Lebensgefahr gerathen. Im Anfang mag die Hebamme versuchen, durch ein schleimiges Klystier aus Hafergrütze, Stärkemehl oder Leinsamen bereitet, sowie durch Weglassung der Milchnahrung und Ersatz derselben durch Salep- oder Haferschleim den Durchfall zu beseitigen. Wenn dieses aber nicht binnen wenig Tagen gelingt, oder Erbrechen, Hitze und Schmerzhaftigkeit des Unterleibs sich hinzugesellt, soll sie ohne Säumen ärztliche Hülfe verlangen. Sollte das Kind bei dem Durchfall den Mastdarm hervordrängen (Mastdarmvorfall, wobei eine dunkelrothe Geschwulst bis Finger lang aus dem After hervortritt), so mag die Hebamme diese Geschwulst vorsichtig mit ihren beölten Fingern zurückbringen. — Das mit Blähungserzeugung verbundene Leibgrimmen wird in der Regel durch ein Klystier von Kamillen- oder Leinsamenthee, sowie durch das Auflegen eines mit Mastix durchräucherten Flanells auf den Leib des Kindes gehoben.

Alle diese Leiden der kleinen Kinder werden sehr häufig durch den Gebrauch feuchter, nicht gehörig durchwärmter Windeln, oder durch Erkältung derselben, wenn sie unmittelbar aus dem Schlafe erweckt gewaschen oder gebadet werden, veranlaßt. Eine sorgfältige Hebamme wird daher durch eine gewissenhafte Befolgung der früher angegebenen Regeln bei der Pflege der Säuglinge vielen dieser Erkrankungen vorbeugen können.

§. 417.

12) Von den angeborenen Fehlern der Kinder.

Entdeckt die Hebamme bei dem neugeborenen Kind einen Fehler, wie z. B. eine Hasenscharte, oder einen Wolfsrachen, eine Ueberzahl von Fingern oder Zehen, eine regelwidrige Bildung der Geschlechtstheile, Verschlossensein der Körperöffnungen, z. B. des Afters, oder ungewöhnliche Geschwülste, z. B. am Kopf oder am Rückgrat, so muß sie, wie schon früher angegeben worden, mit möglichster Schonung der Mutter die nächsten Verwandten davon in Kenntniß setzen, und veranlassen, daß ein Arzt darüber befragt werde. Inzwischen hat sie alle Sorgfalt aufzubieten, die Ernährung des Kindes bei den erstgenannten Fehlern durch Umsicht und Ausdauer im Anlegen desselben oder durch Einflößen von Milch zu fördern.

Einige Bildungsfehler geben sich jedoch in der Regel erst später

kund, z. B. das sogenannte Angewachsensein der Zunge, welches meist von einer ungewöhnlichen Entwickelung des Zungenbändchens herrührt, und das Kind am Saugen, und später am Sprechen behindert. Man erkennt diesen Fehler, wenn man das Kind durch Zusammendrücken der Nase veranlaßt, den Mund zu öffnen und die Zunge hervorzustrecken; dabei erscheint die Spitze der letzteren eingekerbt, und reicht nicht über den Kieferrand hervor. Auch hier darf sich die Hebamme nicht unterfangen, selbst Hülfe leisten zu wollen, sondern muß den Arzt zu Rath ziehen lassen.

Die Nabel- und Leistenbrüche, d. h. weiche Geschwülste am Nabel oder in der Weichengegend, welche bei mäßigem Zusammendrücken zurückweichen, zeigen sich meist erst einige Zeit nach der Geburt. Die Leistenbrüche können sich bei Knaben allmälig zu Hodensackbrüchen ausbilden, welche dadurch von den ebenfalls bald angeborenen, bald später erworbenen Wasserbrüchen zu unterscheiden sind, daß bei jenen die im Bruchsack enthaltene Darmschlinge in der Regel unter einem deutlichen Gurren in die Bauchhöhle zurückgedrängt werden kann, bei diesen der Inhalt meist unbeweglich ist, jedenfalls ohne Geräusch zurückweicht. Bei allen Brüchen hat die Hebamme ebenfalls ärztliche Hülfe anzurathen, und jede Ursache abzuhalten, welche das Kind zum Schreien veranlassen kann, weiterer Eingriffe aber sich zu enthalten.

§. 418.

Daß es außer den genannten Krankheiten und Fehlern der Neugeborenen noch viele andere z. B. Lungen-, Brust- oder Bauchfellentzündungen gibt, welche deßhalb hier nicht einzeln aufgeführt werden, weil deren Erkenntniß im einzelnen Falle den Hebammen nicht zugängig ist, sei hier im Allgemeinen bemerkt, und dabei hinzugefügt, daß überall da, wo bei kleinen Kindern Schlaflosigkeit, Hitze, Unruhe, Zuckungen, kurzes und erschwertes Athmen, andauernde Unlust zu saugen sich einstellt, die Hülfe des Arztes gesucht werden muß.

Nicht weniger dringend ist dieß in denjenigen Fällen, in welchen die Hebamme bei einem neugeborenen Kinde irgend eine erhebliche Körperverletzung, namentlich einen Knochenbruch entdeckt. Sollte sie dergleichen zu verheimlichen suchen, so würde sie sich einer schweren Verantwortung und unausbleiblichen Strafe aussetzen.

Vierter Theil.

Von einigen der Hebamme zukommenden besonderen Hülfeleistungen bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und bei Kranken, sowie von ihren Pflichten gegenüber den Aerzten und Behörden.

I. Abschnitt.

Von einigen besonderen Hülfeleistungen der Hebammen.

§. 419.

1. Vom Klystiergeben.

Nicht allein bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und kleinen Kindern, sondern auch bei vielen Kranken wird die Hebamme vom Arzte oft angewiesen, ein Klystier zu geben. Wegen der mannigfaltigen bei einem unpassenden Verfahren drohenden Gefahren z. B. der Durchstoßung des Mastdarms u. s. w. ist es nothwendig, folgende Regeln hier mitzutheilen.

1) Die Flüssigkeit, welche beigebracht werden soll, kann je nach dem zu erreichenden Zwecke eine sehr verschiedene sein; zu den sogen. eröffnenden Klystieren benutzt man gewöhnlich laues Wasser oder Leinsamenabsud oder Kamillenthee, in der Regel mit Zusatz von Leinöl und Seife oder Salz (einen Theelöffel voll), auch wohl mit Honig, oder Syrup und Essig; in anderen Fällen, z. B. zu beruhigenden oder nährenden Klystieren wird eine nicht allzu dünnflüssige Stärkeauflösung mit verschiedenen, vom Arzt verordneten Zusätzen, seltener Fleischbrühe, auch mit Eigelb oder Milch u. s. w. angewendet.

In der Regel muß die Flüssigkeit, welche keine festen Theile enthalten darf (weil dadurch die Spritze verstopft werden könnte), daher auch wohl durchzuseihen ist, lauwarm (25—27° R.), d. h. so warm, daß die gefüllte Spritze an das Auge gehalten angenehm warm erscheint, seltener kalt sein. — Die Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit ist je nach dem Zweck verschieden. Zur Beförderung der Stuhlausleerung gibt man einem Erwachsenen 2—3 Tassen (ein halbes Nösel, oder Seidel) voll, und wiederholt auch wohl das Klystier bei ausbleibender Wirkung nach kurzer Frist; bei Kindern gibt man 1—$1^1/_2$ Tasse ($^1/_4$ Nösel oder Seidel) voll. Besteht hingegen die Absicht, Arzneien mittelst eines sogenannten Halbklystiers in den Körper zu bringen, soll daher die eingespritzte Flüssigkeit zurückgehalten werden, so wird nur 1 Eßlöffel bis $^1/_2$ Tasse voll, und diese recht langsam eingespritzt.

2) Die Klystierspritze, deren man größere und kleinere (sogenannte Kinderspritzen) hat, muß mit einem hornernen oder beinernen, aufzusteckenden, nicht angeschraubten Afterrohr versehen sein, und stets im guten Stand erhalten werden. Dazu dient vor Allem die größte Reinlichkeit, insbesondere das sorgfältige Auswaschen und Austrocknen nach dem jeweiligen Gebrauch. Doppelte Vorsicht ist in Betreff des Afterrohrs nach dem Klystieren solcher Personen zu empfehlen, welche an ansteckenden Krankheiten z. B. an der venerischen Krankheit oder an der Ruhr, Kindbetterinnenfieber u. s. w. leiden. Ein in dergleichen Fällen gebrauchtes Afterrohr mag die Hebamme beseitigen. Sie schaffe sich deßhalb mehr als ein Afterrohr an. Die gewöhnlichen zinnernen Spritzen müssen überdieß vor Druck geschützt, und daher stets in dem Kästchen der Hebammen aufbewahrt werden, damit sie keine Eindrücke erleiden. Von Zeit zu Zeit werde der Stempel in warmem Wasser aufgelockert und eingeölt. — Die von vulkanisirtem Kautschuk gefertigten Ballonspritzen dienen seltener zum Klystiergeben, als zu anderweiten Einspritzungen.

3) Das Verfahren beim Klystiergeben selbst ist Folgendes:

a) Zur Füllung der Spritze wird entweder die Spitze, nachdem der Stempel völlig niedergestoßen ist, in die Flüssigkeit eingetaucht, und sodann der Stempel allmälig zurückgezogen, auch wohl die Flüssigkeit durch Hinunterstoßen des Stempels zunächst nochmals herausgetrieben, damit keine Luft in der Spritze bleibe, und hierauf der Stempel vollkommen zurückgezogen; oder man gießt nach völli-

ger Herausnahme des Stempels die Flüssigkeit bei zugehaltener Spitze in das aufrecht gehaltene leere Rohr hinein, und setzt dann erst den Stempel auf. Die in der Spritze etwa verbliebene Luft beseitigt man dadurch, daß man den Stempel in das mit der Spitze aufwärts gehaltene Spritzrohr so weit emporschiebt, bis Flüssigkeit austritt.

b) Zum Behufe des Klystiersetzens selbst wird die Person, welcher das Klystier beigebracht werden soll, mit dem Steiß möglichst nahe an den Bettrand auf die linke oder rechte Seite gelagert, während der Oberkörper vorgebeugt, und die Schenkel gegen den Bauch angezogen sind; zum Auffangen der etwa abgehenden Flüssigkeit breitet die Hebamme unter den Hinteren ein altes Tuch. Kinder werden am Besten auf einem Kissen, oder auf dem Schooße einer Erwachsenen in der entsprechenden Seitenlage fest gehalten. Alsdann wird das mit Oel bestrichene Afterröhrchen langsam und vorsichtig bei kleinen Kindern etwa 1 Zoll oder 2—3 Ctm.. bei Erwachsenen $1^1/_2$—3 Zoll oder 4—7 Ctm. tief in den After hineingeschoben, mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand festgehalten, hierauf die Spitze der Spritze in die Oeffnung des Röhrchens mit Vorsicht gehörig hineingesteckt, und beide mit dem Daumen und den übrigen Fingern der linken Hand festgehalten, während die rechte Hand endlich den Stempel langsam und drehend, soweit es geht, in die Spritze hineindrückt. — Während des Klystiergebens und unmittelbar darauf hat die zu klystierende Person sich des Drängens zu enthalten.

§. 420.

2. Von den Einspritzungen in die Mutterscheide.

Einspritzungen in die Scheide oder sogenannte Scheidenklystiere werden unter sehr verschiedenen Verhältnissen gebraucht, sowohl bei Gebärenden und Wöchnerinnen, als auch bei Nichtschwangeren, z. B. bei Krankheiten der Scheide und der Gebärmutter.

Die einzuspritzende Flüssigkeit ist daher sehr verschieden, sowohl hinsichtlich ihrer Bestandtheile, (so benutzt man Essig und kaltes Wasser bei Blutflüssen, Leinsamenabkochung auch wohl mit Zusatz von Blei- oder Theerwasser u. dgl. bei Entzündung der Geburtstheile im Wochenbette u. s. w.), als auch hinsichtlich der Wärme und der Menge.

In der Regel benutzt die Hebamme zu dergleichen Einspritzungen die gewöhnliche Klystierspritze, welche sie in der §. 419 angegebenen Weise füllt. Alsdann bringt sie das gebogene sorgfältig ausgekochte

zinnerne oder ein für jede Kranke oder Wöchnerin neu zu beschaffendes biegsames Mutterrohr (welches jedoch nicht auf die Spritze aufgeschraubt werden, sondern in welches, sobald es gehörig eingeführt ist, die Spitze des Instrumentes nur hineingesteckt werden soll) unter der Leitung von dem Zeige- und Mittelfinger der einen Hand $1^1/_2$—2 Zoll oder 4—6 Ctm. tief in die Scheide, entsprechend der Mittellinie des Beckens ein, hält das offene Ende dieses Rohres mit Zeige- und Mittelfinger der linken Hand aufwärts, setzt sodann die Spitze der gefüllten Spritze in die Oeffnung ein, und drückt mit der rechten Hand den Stempel allmälig herab.

Sollen diese Einspritzungen sofort 2—3 Mal wiederholt werden, so läßt man, da die öftere Einführung des Mutterrohres mit Recht gescheut wird, das Mutterrohr unverrückt in der Scheide liegen, zieht nur die Spritze heraus, und füllt dieselbe von Neuem zu.

Während dieser Einspritzungen liege die Wöchnerin auf dem Rücken und zwar mit unter den Steiß geschobenen Unterschieber oder Stechbecken. — Wenn das zinnerne Mutterrohr gebraucht ist, muß dasselbe, bevor es bei einer anderen Frau angewendet werden soll, mit Lauge ausgekocht werden. —

Für Kranke, welche die Scheideneinspritzungen öfter, etwa täglich mehrere Mal sich geben müssen, sind die Ballon- oder Scheidenspritzen von vulkanisirtem Kautschuk vorzuziehen. Abgesehen von der leichten Handhabung derselben haben sie den Vortheil, daß die zu dergleichen Einspritzungen häufig verordneten Arzneien, welche die zinnernen Spritzen zerstören, diese Kautschukspritzen nicht angreifen. — Zu bestimmten Zwecken z. B. zur Erregung oder Umstimmung von Wehen dienen die verschiedenen Douche-Apparate, Clysopompen, Irrigateure u. dgl.; dieselben sind jedoch in ihrer Wirkung von den so eben beschriebenen Scheidenspritzen wesentlich verschieden, weil sie eine Erregung und daher bei Schwangeren bisweilen Wehen veranlassen. — Bei den Einspritzungen mit den Ballonspritzen setze sich die Kranke über ein Bidetbad oder auf den Rand eines Stuhls, vor welchem ein Waschbecken zum Auffangen der abfließenden Flüssigkeiten gestellt ist. Die Scheiden- und Gebärmutterdouchen werden meist bei wagerechter Rückenlage mit untergeschobener Bettschüssel gegeben.

§. 421.

3. Von dem Ablassen des Arins.

Obschon die Hebamme gewöhnlich nur im besonderen Auftrage des Arztes den Urin mit dem Katheter zu entleeren hat, so muß sie doch mit dem dabei zu beobachtenden Verfahren wohlbekannt sein.

Da in der Regel die Kranke zu dieser Operation nicht entblößt werden darf, damit sie sich nicht erkälte u. s. w., muß die Hebamme die zwischen dem Kitzler und dem Scheideneingang befindliche Harnröhrenmündung an dem sie umgebenden Wulst (§. 35) durch das Gefühl mit dem Zeigefinger zu erkennen gelernt haben.

Zur Einlegung des Katheters führt sie, falls sie an der rechten Bettseite steht, die Spitze des wohlbeölten rechten Zeigefingers zunächst an die vordere Scheidenwand; geht dann, indem sie den Finger zurückzieht, ein wenig empor, fühlt nach dem die Harnröhrenmündung umgebenden kleinen Wulst, und schiebt, sobald als sie die Oeffnung entdeckt hat, die Spitze des mit dem Daumen und Zeigefinger der linken Hand bereit gehaltenen ebenfalls eingeölten Katheters hinein und dann vorsichtig unter Senkung der Ausflußöffnung empor, bis der Urin in ein untergehaltenes kleines Gefäß ausfließt.

Sollte es der Hebamme nicht gelingen, in der angegebenen Weise die Harnröhrenöffnung aufzufinden, ohne der Kranken Schmerz zu verursachen, so muß sie die Schamtheile entblößen, um mit dem Gesicht die Harnröhrenmündung aufzusuchen.

Jedenfalls hüte sie sich Gewalt anzuwenden, und ersuche in allen schwierigen Fällen den Arzt um besondere Belehrung, falls derselbe ihr das Katheterisiren einer Kranken übertragen will. — Ganz besondere Vorsicht ist hinsichtlich des Harnablassens bei Harnverhaltung durch Zurückbeugung der schwangeren Gebärmutter (§. 258) und bei Wöchnerinnen zu empfehlen, hier weil die Harnwege oft in Folge der Geburt gequetscht und daher angeschwollen, und ungewöhnlich empfindlich sind. (S. §. 399).

Der Gebrauch eines neusilbernen sog. männlichen Katheters ist dem weiblichen wie einem nicht ganz neuen elastischen Katheter vorzuziehen.

Da erfahrungsmäßig mittelst eines nicht sorgfältig gereinigten Katheters Krankheiten der Harnblase u. s. w. veranlaßt werden können, so soll die Hebamme, abgesehen von der nach dem Gebrauch un-

erläßlichen Reinigung, den Katheter vor jeder neuen Anwendung mit kochendem Wasser ausspülen.

§. 422.

4. Vom Ansetzen der Blutegel.

Da die Hebamme nach Anordnung eines Arztes nicht selten bei Kranken und Kindern Blutegel anzusetzen hat, und hinsichtlich des Erfolges viel auf das dabei beobachtete Verfahren ankommt, mögen hier auch die darauf bezüglichen Regeln mitgetheilt werden.

1) Man wasche diejenige Hautstelle, an welcher Blutegel saugen sollen, zunächst mit einem reinen in warmes Wasser getauchten Schwamm oder Leinwandstück sorgfältig, und trockne dieselbe ab. Von geringerem Werth ist das Befeuchten der Haut mit Milch, Zuckerwasser u. s. w.

2) Die vom Arzt vorgeschriebene Anzahl gesunder Blutegel halte man sodann entweder in der Büchse, in welcher man sie aus der Apotheke erhalten hat, oder in mehrere Gläschen oder Schröpfköpfe vertheilt, an die betreffende Hautstelle und zwar alle zugleich, indem dadurch dem Kranken weniger Schmerz und Unbequemlichkeit verursacht wird, als wenn man die einzelnen Blutegel nach einander setzt. Ist diese Stelle eine ganz bestimmte, kleine, z. B. an der Nasenöffnung oder am Zahnfleisch u. s. w., und ist die Zahl der zu setzenden Blutegel gering, so benutzt man auch wohl für jeden Blutegel ein besonderes Glasröhrchen, dessen untere Oeffnung, nachdem der Blutegel hineingeschoben ist, mit einem Papierpfropf verstopft wird. — Hält man die Büchse so auf die Haut angedrückt, daß der Rand der Oeffnung überall aufliegt, so hat man ein Entweichen der Thiere nicht zu befürchten, und hat nicht nöthig, die Kranke allzuoft zu entblößen, um nach den Thieren zu sehen; die Kranke wird selbst angeben, wenn die Blutegel nach einer halben oder ganzen Stunde nicht mehr saugen, so daß man alsdann alle zugleich mit der Büchse entfernen kann. Wo die Entblößung nicht zu befürchten ist, kann man jedoch die Büchse sofort, nachdem die Thiere angezogen haben, vorsichtig abnehmen und deren Thätigkeit mit dem Auge überwachen. — Das Anlegen von 3—4 Blutegeln an die Mutterlippen geschieht mittelst des röhrenförmigen Mutterspiegels; es bedarf dabei besonderer Vorsicht, da nicht selten heftige Blutungen und andere Zufälle darauf folgen.

3) Von allen empfohlenen Mitteln, die Blutegel saugluſtig zu

machen, ist das vorübergehende Aufgießen von etwas Bier in die Büchse, in welcher die Thiere sich befinden, das Beste. Dadurch werden die Blutegel in der Regel angeregt, und dringen alsbald zum Rande des Gefäßes empor.

4) Die Nachblutung läßt man gewöhnlich, zumal bei Erwachsenen ungestört vor sich gehen, indem man die Wunden mit einem gewärmten wollenen oder leinenen Tuch bedeckt, um das abfließende Blut aufzusaugen. Es ist dieß überall da, wo Erkältungen zu fürchten sind, z. B. am Unterleib der Wöchnerinnen, unbezweifelt heilsamer, als das wiederholte Abwaschen der Wunden mit warmem Wasser. Bisweilen legt man warme Umschläge von Kleienbrei oder in laues Wasser getauchte leinene Tücher auf die blutenden Stellen.

Bei Kindern unter zwei Jahren muß man die Nachblutung besonders sorgfältig überwachen, da in diesem Lebensalter Verblutungen durch Blutegelbisse vorkommen können. Um gegen dieses traurige Schicksal gesichert zu sein, lege man bei kleinen Kindern die Blutegel stets nur auf solche Stellen, unter welchen feste Theile, insbesondere Knochenflächen sich befinden, gegen welche man die einzelne blutende Wunde mit dem Finger und einem kleinen, nagelkopfgroßen aufgezupften Stück Feuerschwamm drücken kann. Wird dieser Druck vor eingetretener, allzugroßer Blutleere begonnen und hinlänglich lange fortgesetzt, so ist die Verblutung nicht zu fürchten. Die übrigen Mittel, wie das Auflegen von Spinnengewebe, Aufschläge von Essig und Wasser, oder Alaun sind minder sicher, mit Ausnahme des Betupfens mit salzsaurer Eisenflüssigkeit.

Immer ist es aber rathsam, bei heftiger Nachblutung, zumal wenn das Blut hervorspritzt, sofort einen Arzt zu Hülfe rufen zu lassen.

5) Sollen die Blutegel, bevor sie von selbst abfallen, entfernt werden, so bestreue man deren unteres Ende mit Kochsalz, reiße dieselben aber nie mit Gewalt ab.

6) Sollte Jemand einen Blutegel verschluckt haben, so gebe man demselben sofort einige Gläser Kochsalzauflösung, und dann einige Eßlöffel voll Mandel- oder Mohnöls oder warmen Wassers, worinnen Butter gelöst ist, zu trinken. Sind Blutegel wider Willen in die Scheide oder den Mastdarm gelangt, so tödte man dieselben mittelst eines Klystiers, oder einer Einspritzung aus einer Kochsalzlösung, und mildere das dadurch veranlaßte Brennen durch nachträgliches Einspritzen von Haferschleim oder Milch.

§. 423.

5. Von den warmen, kalten und temperirten Umschlägen.

1) Warme Umschläge d. h. von mehr als 28° Reaum. Temperatur macht man entweder, indem ein leinenes oder wollenes, mehrfach zusammengeschlagenes Tuch in warmen Kamillen- oder Leinsamen- u. dgl. Absud, oder in warme Milch, oder in sonstige arzneiliche Flüssigkeiten, z. B. erwärmtes Bleiwasser getaucht, auf den leidenden Theil aufgelegt, und darüber ein Stück Wachstuch, oder ein trockener Flanellappen gebreitet wird.

Oder man benutzt einen dicken, steifen Brei aus Kleie, oder Roggenmehl, oder von gestoßenen Leinsamen, Reis u. s. w. mit Wasser oder Milch gekocht, welchen man in ein Tuch einschlägt, und so warm, als es das Auge leiden kann, auf den leidenden Theil nach Verordnung des Arztes auflegt. Auch darüber breitet man, um die rasche Abkühlung zu verhüten, ein wollenes, oder die Feuchtigkeit und Wärme nicht durchlassendes Zeug (Impermeabel), und erneuert den Breiumschlag, so oft der aufgelegte Brei kühl zu werden anfängt.

2) Zu kalten Umschlägen (unter 12° R. Temperatur), welche vorzugsweise bei Blutungen oder bei frischen Entzündungen, Verletzungen u. s. w. angewendet werden, benutzt man entweder mehrfach zusammengelegte Tücher, welche in kaltes Wasser (auch wohl mit Eis oder mit verschiedenen arzneilichen Zusätzen gemischt) getaucht, und hierauf ausgerungen sind, und auf die betreffende Körperstelle aufgelegt werden, oder auch Schweins- oder Kautschukblasen, welche mit Schnee oder gestoßenem Eis gefüllt sind. Um die Durchfeuchtung der Leib- und Bettwäsche zu verhüten legt man ein Wachstuch oder ein Flanellstück darüber. Jedenfalls muß man dieselben so oft wechseln, als die Kälte des Umschlags merklich nachgelassen hat. Damit das Wechseln der kalten Umschläge den Kranken nicht unangenehm werde, erscheint es in der Regel zweckmäßig, ein einfaches Tuch unmittelbar auf dem betreffenden Theil liegen zu lassen, zumal da, wo man den plötzlichen Eindruck der Kälte nicht verlangt.

3) Temperirte Umschläge nennt man solche Wasserumschläge, deren Temperatur in der Mitte zwischen kalt und warm, also zwischen 12—27° Reaum. liegt. Die Wärmegrade werden nach der Empfindlichkeit der Kranken bestimmt. Derartige, ebenfalls mit einem Flanell-

ſtücke zu überdeckende Umſchläge wechſelt man gewöhnlich nur alle 1—2 Stunden.

§. 424.

6. Von den Meerrettig-, Senf- und Blaſenpflaſtern.

1) Meerrettig- oder Senfpflaſter legt die Hebamme, um raſch einen vorübergehenden Hautreiz zu bewirken, z. B. während der Geburt theils bei Wehenfehlern auf den Rücken, oder auf den Unterleib, theils bei Ohnmachten, Krampfanfällen u. ſ. w. auf die Unterſchenkel oder die Bruſt, und läßt ſie daſelbſt $^1/_4$—$^3/_4$ Stunden wirken.

Man bereitet die Meerrettigpflaſter, indem man die Wurzel des Meerrettigs auf einem Reibeiſen reibt und mit warmem Eſſig zu einem dicken Brei anmengt.

Zu dem Senfpflaſter nimmt man drei Theile friſchen Senfmehls und einen Theil Kornmehl, und rührt dieß Gemenge mit mäßig warmem Waſſer zu einem dünnen Brei an.

Den einen oder anderen dieſer Breie ſchlägt man in ein Stück alte weiche Leinwand oder Gaze ein, und legt ihn ſo auf, daß die Haut nur mittelbar von dem Brei berührt wird, und derſelbe leicht vollſtändig entfernt werden kann.

2) Die Blaſen- oder ſpaniſche Fliegenpflaſter ſtreicht man ſo dick, wie ein Meſſerrücken, auf ein thaler- bis handtellergroßes Stück Leinwand, deren Rand mit etwas Heftpflaſter bedeckt werden mag, damit das Pflaſter nicht von der beabſichtigten Stelle hinweggleite. Man legt die beſtrichene Seite der Leinwand auf die Körperfläche und läßt das Pflaſter 6—12 Stunden liegen, bis eine größere Blaſe entſtanden iſt. Dieſe eröffnet man nach Entfernung des Pflaſters mit einer ſpitzen Scheere, ohne jedoch die emporgehobene Oberhaut wegzunehmen. Alsdann wird die betreffende Stelle mit einem Leinwandſtück bedeckt, welches man, falls der Arzt nicht eine andere Salbe oder Pflaſter verordnet hat, mit friſcher Butter oder mit Talg beſtrichen hat. Die allzu häufige Erneuerung dieſes Verbandes iſt nicht zu empfehlen, wenn dieß nicht beſonders vorgeſchrieben wird.

§. 425.

7. Von der Bereitung der Theeaufgüſſe und anderer Abkochungen, ſowie der Mandelmilch.

Theeaufgüſſe, z. B. von Kamillenblumen, Königskerzen-

blüthen, Melissen- oder Krausemünzkraut, oder Fenchelsamen u. s. w. bereitetet man nicht, wie dieß häufig geschieht, so, daß man die Blüthen u. s. w. mit kaltem Wasser aufkocht, sondern indem man kochendes Wasser über die vorgeschriebenen Pflanzentheile gießt, einige Zeit, jedoch nicht allzulange darauf stehen läßt, alsdann durch ein Theesiebchen abgießt, und nun warm oder kalt verabreicht.

Einige Kräuter, Samen und Wurzeln, wie z. B. die Eibischwurzel, die Salbeblätter, der Leinsamen müssen etwas länger von dem darauf gegossenen kochenden Wasser ausgezogen werden, bevor man die Auszüge abgießt und durchseihet.

Noch andere Pflanzenstoffe wie Arrow-Root werden mit wenig kaltem Wasser angerührt und durch Hinzugießen von kochendem Wasser zu einem völlig klaren Schleim aufgelöst.

Saleppulver muß ebenso wie Stärkemehl zunächst mit kaltem Wasser angerührt werden; dann gießt man unter Umrühren heißes Wasser hinzu, und kocht das Ganze unter beständigem Umrühren, bis ein völlig klarer Schleim entstanden ist, bisweilen $^1/_2$ Stunde lang, verhütet jedoch das Anbrennen ebenso wie das Ueberlaufen.

Haferschleim wird bereitet, indem man die sorgfältig ausgewählte Hafergrütze mit kaltem Wasser ansetzt, und unter Umrühren eine Zeit lang aufkochen läßt, dabei jedoch das Ueberlaufen verhütet.

Mandelmilch bereitet man, indem 1 Loth (nach Uebergießen mit kochendem Wasser) geschälte süße Mandeln unter allmäligem Hinzugießen von einem halben Liter (Nösel, Seidel) lauen Wassers zerstoßen oder zerrieben wird. Die dickliche Flüssigkeit seihet man hierauf durch, und versetzt sie mit Zucker nach Geschmack.

II. Abschnitt.

Von den Pflichten der Hebamme den Behörden und den Aerzten gegenüber.

§. 426.

1) Sobald eine Hebamme die Neuentbundene verlassen kann, was in der Regel nicht früher, als nach Ablauf von 6 Stunden geschehen soll, hat sie bei gelegener Zeit dem Führer der öffentlichen Geburtslisten die pflichtmäßige Anzeige von der geschehenen Entbindung zu machen. — Ferner soll sie den Geburtsverlauf sofort in

ihr Tagebuch, zu deſſen Einrichtung ſie Anleitung erhält, gewiſſenhaft eintragen, und dieſes überhaupt ſo führen, daß ſie es der Behörde jederzeit als Rechenſchaftsbericht ihres Wirkens vorlegen könne.

2) Das Abwarten der Taufen, Beſorgen der Pathenbriefe u. ſ. w. iſt zwar ein gewöhnliches Geſchäft der Hebamme; doch darf ſie darüber in keiner Weiſe ihre Obliegenheiten gegen Schwangere, Wöchnerinnen und Gebärende verſäumen.

3) So oft ſie die Spuren eines Verbrechens in ihrem Geſchäftskreis entdeckt, z. B. vorſätzliches Abtreiben der Leibesfrucht, Verletzungen am Kinde u. ſ. w., iſt ſie verpflichtet, der Gemeindebehörde ihres Ortes oder dem Staatsanwalte davon Anzeige zu machen.

4) Wenn dieſe, oder eine andere Behörde der Hebamme aufgibt, eine in ihren Geſchäftskreis fallende Unterſuchung vorzunehmen, z. B. ob eine Perſon ſchwanger ſei, oder ob ſie vor Kurzem geboren habe, oder ob ein vorgelegtes Kind reif ſei, ſo hat ſie ſofort Folge zu leiſten, die Unterſuchung mit Sorgfalt und Gewiſſenhaftigkeit anzuſtellen und das, was ſie vorgefunden, der Wahrheit gemäß und mit Beſonnenheit, ſo wie ſie es vor ihrem Gewiſſen verantworten zu können glaubt, ohne Rückſicht auf irgend einen Vortheil oder freundſchaftliche Beziehungen, der Obrigkeit gegenüber auszuſprechen. Falls ſie aber bei der Unterſuchung im Betreff der ihr geſtellten Aufgabe nicht zur Gewißheit gelangen kann, ſage ſie es offen, und verlange die Uebertragung der Unterſuchung an einen Arzt.

5) Den Aerzten, welche bei Geburten u. ſ. w. zu Rathe gezogen werden, erſtatte die Hebamme ſtets einen möglichſt vollſtändigen und wahrheitgemäßen Bericht über das, was ſie bezüglich des vorliegenden Falles beobachtet oder in Erfahrung gebracht hat. Bei den etwa nöthigen Operationen leiſte ſie zu Folge der erhaltenen Inſtruction dem Arzte Beiſtand und ſorge überall für pünktliche Ausführung der vom Arzt gegebenen Anordnungen.

Register.

(Die Zahlen bezeichnen die Seite.)

Abnabeln 101.
Absterben der Frucht 57. 163. 243.
Abtrennung, vorzeitige des Mutterkuchens bei Schwangeren 142.
„ bei Gebärenden 217.
Aderknoten 150.
Aderkröpfe 150.
Amme 129.
Armlösen bei Beckenlagen 108.
Arrow-Root 129.
Athmen, erschwertes der Gebärenden 227.
Auffütterung des Kindes 129. 130.
Augenentzündung 262.

Baden der Kinder 126. 127.
Bauchbruch 155.
Bauchschwangerschaft 141.
Becken, Zeichen eines gutgebauten 17.
„ durchweg zu enges 183.
„ fehlerhaftes 183.
„ zu weites 183. 221.
„ gradverengtes 184.
„ querverengtes 187.
„ schrägverengtes 189.
„ Knochenauswüchse darin 190.
Beckenausgang 15.
Beckendurchmesser 12. 13. 14. 15.
Beckeneingang 13.
Beckenendlage 184.
„ fehlerhafte Stellung dabei 209.
Beckenenge 14. 183.
„ Einfluß auf den Geburtsverlauf 192.
„ Erkenntniß derselben 183. 192.
Beckenkanal 16.
Beckenmessung 31. 193.
Beckenneigung 17.
Beckenweite 14.
Blasenscheidenfistel 194. 255.
Blasensprengen 211.
Blasensprung 174.
Blasenstellung 174.
Blutegel 273.
Bluterbrechen der Gebärenden 128.
„ der Neugeborenen 265.
Blutfluß, in den ersten sieben Monaten der Schwangerschaft 135.
„ in den letzten Monaten 142.
„ während der Geburt 228.
„ im Wochenbett 248.
„ vom Vorliegen des Mutterkuchens 144.
Blutgeschwulst der Schamtheile 181. 253.
Blutnabelschnur 48.
Blutung, innere 133.
„ äußere 133.
Bogenlinie 11.

Brüche 12. 154. 267.
Brüſte 26.
„ Entzündung derſelben bei Wöchnerinnen 255.
„ „ bei Neugeborenen 116. 263.
„ Veränderungen derſelben während der Schwangerſchaft 39. 40. 55.
Bruſtwarzen, Pflege derſelben während der Schwangerſchaft 68.
„ Schrunden derſelben 255.

Catheter 122. 272.
Condylome 146.
Convulſionen 222.

Damm 20.
„ Unterſtützung desſelben 99.
Dammriß 99. 253.
Darmbeinkamm 11.
Darmſtück 11.
Durchfall bei Schwangeren 160.
„ bei Neugeborenen 265.
Drillingsgeburt 88.
Durchſchneiden des Kopfes 76.

Eklampſie 221.
Ei, menſchliches 26 44.
Eibiſchwurzel 277.
Eierſtock 26.
Eierſtocksſchwangerſchaft 141.
Eiertrank 236.
Eihäute 47.
„ fehlerhafte Beſchaffenheit derſelben 210.
Eileiter 25.
Eileiterſchwangerſchaft 141.
Eingeweidebruch 154.
Einklemmung eines Bruches 155.
Einſperrung der Nachgeburt 238.
Eiwaſſerſucht 212.
Empfängniß 34.
Engliſche Krankheit 186.
Epileptiſche 224.
Erbrechen der Gebärenden 227.
„ der Säuglinge 265.
Erbrechen der Schwangeren 161.

Fallſüchtige 224.
Fäulniß des Fruchtwaſſers 214
Fehler, angeborene des Kindes 266.
Fehlgeburt 136.
Feigwarze 146.
Fenchelſaamen 277.
Fibromyome 169. 180.
Fleiſchmole 138.
Fluß, weißer 146.
Fontanelle 51.
Franſen der Eileiter 26.
Fraiſen 222.
Frieſel 245. 263.
Froſtanfall während der Geburt 243.
„ im Wochenbett 245.
Frucht 48.
„ Haltung derſelben 52.
„ Herztöne 49. 57.
„ Lage 52.
„ Leben, Zeichen desſelben 91.
„ Reife 49. 118.
„ Stellung 53.
„ Tod, Zeichen desſelben 163. 213.
„ Zeichen der Reife 118.
„ „ der Nichtreife 118.
Fruchtwaſſer 44.
„ fehlerhafte Menge desſ. 212. 213.
Frühgeburt 69. 147.
„ künſtliche 148 195.
Füße, wäſſerige Anſchwellung derſelben bei Schwangeren 149.
Fußgeburt 85.
„ Behandlung derſelben 106.
Fußlage, unvollkommene 85.
„ vollkommene 85.

Gasentwickelung in der Gebärmutter 214.
Gebärmutter 22.
„ Beſchaffenheit derſelben im Wochenbett 111.
„ Entwickelung in der Schwangerſchaft 37.
„ Entzündung derſelben 169. 173.
„ Fremdbildung in derſelben 169.

Gebärmutter-Krebs 178.
„ Schiefheit der Gebärmutter 177.
„ Schiefslage 176.
„ Strictur 171.
„ Umstülpung 241.
„ ungewöhnliche Ausdehnung 169. 212.
„ Unthätigkeit 232. 237.
„ Zerreißung 169. 230.
Gebärmutterblutung 135. 228.
Gebärmuttergeräusch 40.
Gebärmuttervorfall 151. 251.
Gebärstuhl 94.
Geburt, Zeichen der begonnenen 90.
„ unzeitige 136.
„ übereilte 220.
Geburtslager 93.
Geburtskissen 94.
Geburtsstörungen, Eintheilung derselben 164.
Geburtstheile 18.
„ wässerige Anschwellung derselben 149. 182. 252.
Geburtsperioden 72.
Geburtszeiten 72.
Gelbsucht der Neugeborenen 116.
Gelenkpfanne 11.
Gerippe 6.
Geschlechtstheile 9.
Gesichtslage 82.
„ Behandlung derselben 106.
„ fehlerhafte Stellung dabei 209.
Glieder, abgesetzte 187.
Goldaderknoten 253.
Glückshaube 211. 213.
Grind 264.

Haferschleim 277.
Hämorrhoidalknoten, entzündete 253.
Hängebauch 43. 153. 175.
Harndrängen 156.
Harnfluß 156. 254.
Harnröhrenmündung 20.
„ Aufsuchung derselben 272.
Harnstrenge 156.
Harnverhaltung 156. 157. 254.
Harnzwang 156.
Hasenscharte 266.
Hebammenapparat 91.
Hinfällige Haut 37. 44.
Hinterhauptsnaht 51.
Hirnbruch 197. 259.
Hodensackbruch 267.
Hohlwarzen 26. 123.
Hüftkreuzbeinfuge 12.
Hüftstück des Seitenbeins 11.
Hysterische Krämpfe 225.

Irrereden der Wöchnerinnen 247.
Jungfernhäutchen 21.

Käseschleim der Frucht 50.
Kaiserschnitt 195.
Kamillenthee 174.
Katheter, Einführung desselben 272.
Kind, angeborene Fehler desselben 266.
„ Auffütterung desselben 130.
„ frühzeitiges 148.
„ neugeborenes 115.
„ reifes 50. 118.
„ fehlerhafte Größe desselben 196.
„ „ Haltung 205.
„ „ Lage 200.
Kindbett 111.
Kindesadern 150.
Kindesbewegung 49. 59.
Kindbetterinnenfieber 244.
Kindeslage, gesundheitgemäße 91.
„ Längenlage 78.
Kindspech 50.
Kinnbackenkrampf der Säuglinge 262.
Kitzler 20.
Klystier 224. 268.
Klystierspritze 269.
Knochenerweichung bei Erwachsenen 188.
Kolikschmerzen 72.
Königskerzenblüthen 276.
Kopfblutgeschwulst 259.

Kopfdurchmeſſer 51.
Kopfgeſchwulſt 74. 259.
Kopf, künſtliche Herausbeförderung nach geborenem Rumpf 108.
Kopflage 78.
Krämpfe der Gebärenden 222.
„ der Neugeborenen 261.
Krampfader 150.
Krampfwehen 171.
Krauſemünzkraut 277.
Krebs der Gebärmutter 142. 178.
Kreiſſende, Lagerung derſelben auf der Seite 97. 176. 205.
Kreuzbein 10.
Kronennaht 51.

Lage des Kindes 52. 78.
Lederhaut 44.
Leibbinde 104.
Leinſamen 277.
Leiſtenbruch 154. 267.
Loch, eirundes 15.
Lochienfluß 112.

Mandelmilch 277.
Maſtdarmvorfall 266.
Meerrettigpflaſter 276.
Mehlmund 264.
Meliſſenkraut 277.
Menſtruation 26.
Milch zum Auffüttern 129.
Milchfieber 244.
Milchſchorf 263.
Mißbildung 199.
Mißgeburt 199.
Mittelfleiſch 20.
Mittelfleiſchriß 253.
Mittellinie 16.
Mola 140.
Mondkalb 140.
Mutterbänder 24.
Mutterblutfluß, äußerer 132. 228.
„ innerer 133.
„ bei Gebärenden 229.
Mutterblutfluß bei Schwangeren 135.
„ bei Wöchnerinnen 248.
Mutterhals 22.
Mutterhalskanal 24.
Mutterkörper 22.
Mutterkuchen 47.
„ Lostrennung, vorzeitige 142. 217. 229.
„ Verhaltung deſſelben 236.
„ Sitz auf dem Muttermund 144.
Mutterkugel 73. 99. 105.
Muttermund, äußerer 22. 23.
„ innerer 24.
„ mangelhafte Erweiterung deſſelben 177.
Mutterrohr 271.
Mutterröhre 25.
Mutterröhrenſchwangerſchaft 141.
Muttertrompete 25.
Mutterſcheide 21.
„ Geſchwülſte darinnen 180.
Mutterſpritze 271.

Nabel 116.
Nabelblutung 259.
Nabelbruch 155. 267.
Nabelentzündung 260.
Nabelfäulniß 259.
Nabelſchnur 48.
„ Druck auf die 216. 218.
„ Kürze der 219.
Nabelſchwamm 260.
Nabelſtrang 48.
„ Zerreißung 217. 219.
„ Kürze 219.
„ Umſchlingung 100. 217.
„ Unterbindung 101.
Nachgeburt 48.
„ Verhaltung 236.
„ Herausbeförderung 102.
Nachgeburtswehen 77.
Nachwehen 112.
Nähte der Schädelknochen 51.
Nebenkuchen 48.

Neigung des Beckens 17.
„ zu starke 154.
Neugeboren 115.
„ Bekleidung des 127.

Ohnmacht 162. 225.

Pfeilnaht 51.
Polyp 142.
Puerperalfieber 244.
Poupartisches Band 12.

Querdurchmesser des Beckens 32.
„ des Kindskopfs 51.
Querlage 200.
Querbett 94.
Quetschung der Geburtswege 178. 230.

Reife Frucht, Kennzeichen derf. 118
Reinigung, monatliche 26. 135.
Reiten auf der Nabelschnur 107. 217.
Reposition der Nabelschnur 216.
Rheumatismus der Gebärmutter 173.
Rhachitis 187.
Rigidität des Muttermundes 178.
Rückwärtsbeugung der Gebärmutter 157. 250.
Rückwärtsneigung „ „ 157.
Ruhr der Säuglinge 265.

Saleppulver 277.
Säugen des Kindes 113. 123.
Saugfläschchen 129.
Schädellage des Kindes 78.
Schädelverletzungen der Neugeborenen 194. 220.
Schafhaut 14.
Schafwasser 14.
Schambändchen 19.
Schamberg 78.
Schambogen 12.
Schamfuge 15.
Schamlippen 19.
„ Blutgeschwulst 181. 253.
Schamlippen, wässerige Geschwulst 149. 182. 252.
Schamstück des Seitenbeins 15.
Schamtheile, fehlerhafte Beschaffenheit derselben 182.
Scheidengewölbe 12. 22.
Scheidenklappe 20.
Scheidenklystier 270.
Scheidenspritze 271.
Scheidentheil 22.
Scheidenvorfall 153. 181. 251.
Scheintod der Schwangeren 163. 243.
„ der Neugeborenen 256.
Scheitellage 82. 208.
Schenkelbruch 154.
Schieflage der Frucht 200.
Schiefstand des Kopfs 208.
Schrunden der Brustwarzen 255.
Schulterlage 200.
Schwämmchen 264.
Schwangerschaft am unrechten Ort 141.
„ Dauer 35.
„ Kennzeichen 54.
„ mehrfache 53.
Schwangerschaftskalender 61.
Schüttelwehen 76.
Seitenbein 11.
Selbstwendung 201.
Selbstentwickelung 201.
Senfpflaster 270.
Siebhaut 37.
Sinneswerkzeuge 7.
Sitzbeinstachel 11.
Sitzknorren 11.
Sitzstück 11.
Soor 264.
Spätgeburt 69.
Starrkrampf der Neugeborenen 262.
Steinkind 141.
Steißbein 11.
Steißgeburt 84. 85.
„ Verhalten der Hebamme dabei 107.
Stellwehen 42. 73.

Stirnlage 84. 209.
Stirnnaht 51.
Strictur der Gebärmutter 171.
Stopftuch 121.
Sturzgeburt 213. 220
Sulze der Nabelschnur 49.

Tamponiren 138. 145.
Tod der Frucht 163. 243.
„ plötzlicher einer Gebärenden 242.
Traubenmola 140.
Treibwehen 74.

Umstülpung der Gebärmutter 241.
Umschlingung der Nabelschnur 100. 217.
Untersuchung, geburtshülfliche 29.

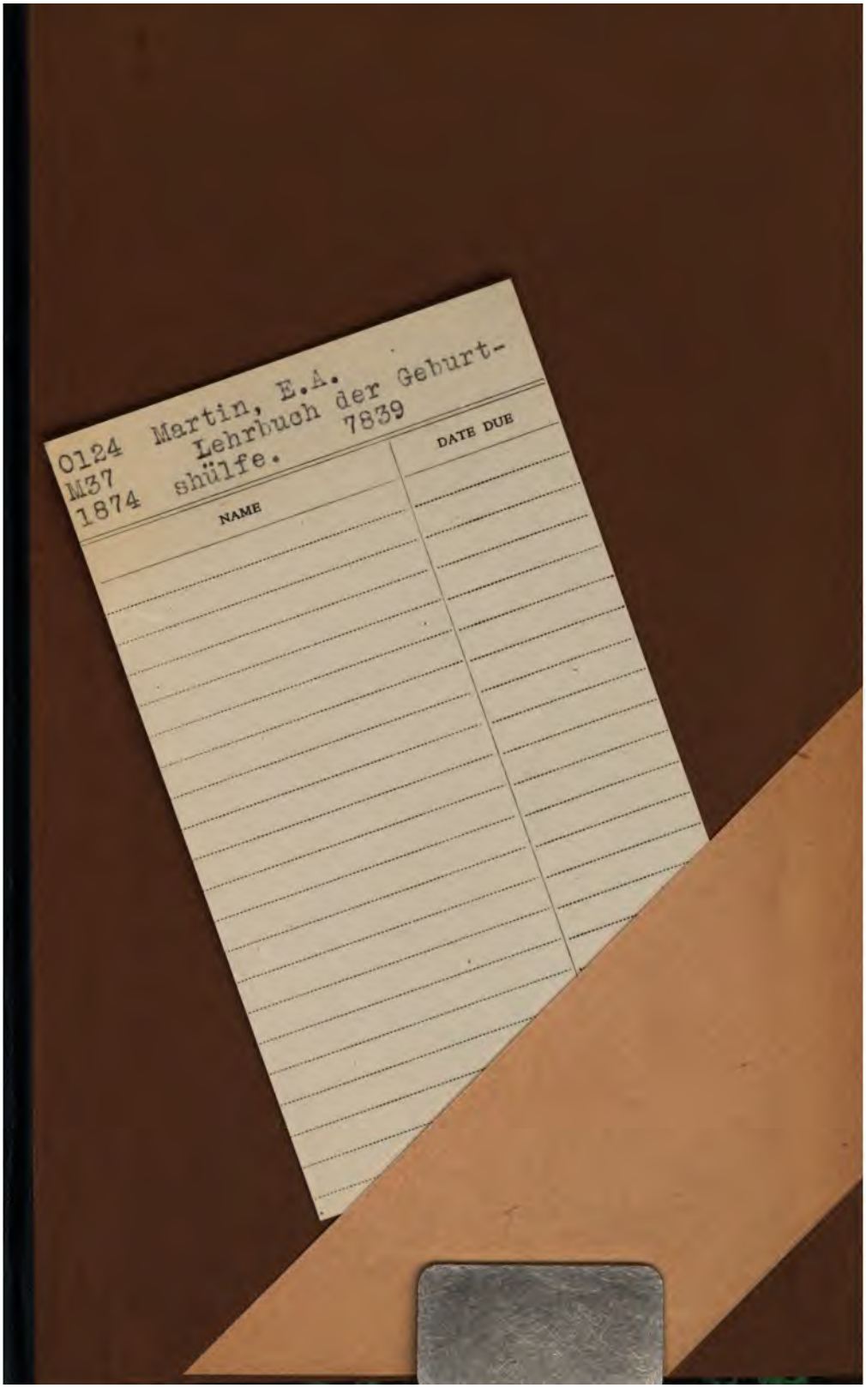
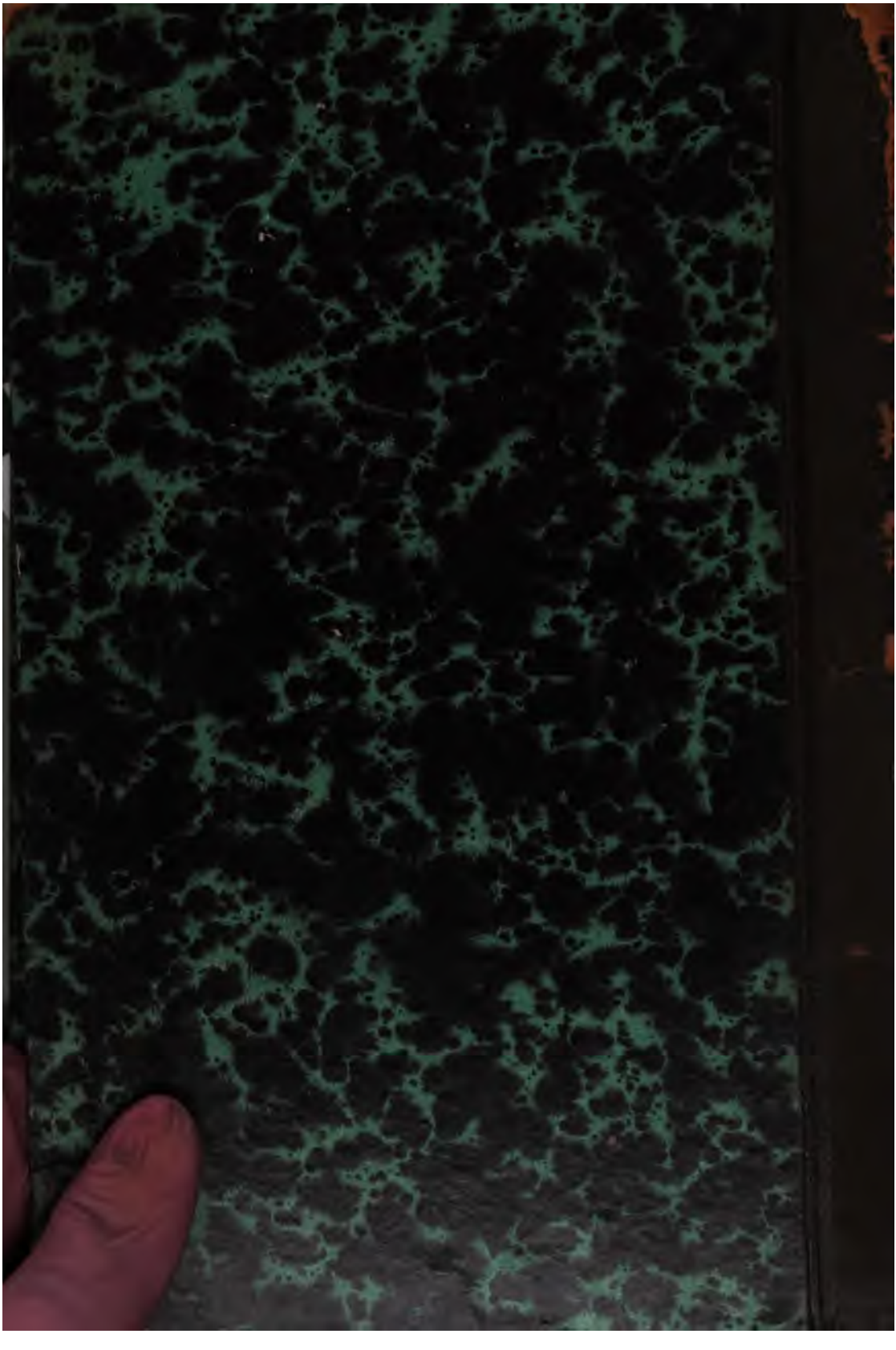
Verarbeiten der Wehen 98.
Vorberg 112.
Vorfall der Gebärmutter bei Schwangeren 151.
„ „ während der Geburt 175. 221.
„ „ im Wochenbett 251.
„ der Nabelschnur 215.
„ der Scheide 153. 181. 251.
Vorkopf 182.
Vorliegen der Nabelschnur 215.
Vorwärtsbeugung der Gebärmutter 152. 250.
Vorwärtsneigung der Gebärmutter 152.
Vorwehen 73.

Wärzchen, myrthenförmige 20.
Wasserhaut 44.
Wasserkopf 197.
Wehen, blutige 77.
„ krampfhafte 171.
„ schwache 168.
„ vorbereitende 74.
„ vorhersagende 73.
„ wahre, Zeichen derselben 90.
Wehenüberstürzung 220.
Wendung 205.
Wochenbett 111.
Wochenreinigung 112.
Wochenzimmer 120.
Wöchnerin, Pflege derselben 119.
Wolfsrachen 254.
Wundsein der Brustwarzen bei Wöchnerinnen 255.

Zerreißung des Dammes 99. 253.
„ der Gebärmutter 169. 194. 230.
„ der Nabelschnur 217.
Zuckungen der Gebärenden 222.
„ der Säuglinge 246.
Zurückbeugung der Gebärmutter 157. 250.
Zweiwuchs 187.
Zwillingsgeburt 88.
„ Behandlung derselben 109.
Zwillingsschwangerschaft 53. 58.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.


0124
M37
1874
Martin, E.A.
Lehrbuch der Geburt-
shülfe.
7839
NAME
DATE DUE